# О ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

## Симптомы, исходы и леченіе внѣматочной беременности.

---

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

ЛЕКАРЯ

**КАЗИМІРА ЗМИГРОДСКАГО.**

Изъ акушерско-гинекологической клиники Проф. К. Ф. Славянскаго.




С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Типографія и Хромолитографія А. Траншеля. Стремянная, № 12.

1886.

# КЪ УЧЕНІЮ

# О ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

## Симптомы, исходы и леченіе внѣматочной беременности.

---

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

ЛЕКАРЯ

**КАЗИМІРА ЗМИГРОДСКАГО.**

Изъ акушерско-гинекологической клиники Проф. К. Ф. Славянскаго.




С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Типографія и Хромолитографія А. Траншеля, Стремянная, № 12.

1886.

Докторскую диссертацію лекаря Казиміра **Змигродскаго** подъ заглавіемъ: „*Къ ученію о внѣматочной беременности*“ печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы, по отпечатаніи оной, было представлено въ конференцію Императорской военно-медицинской академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, Апрѣля 26 дня 1886 г.

Ученый Секретарь *В. Пашутинъ.*

Поводомъ къ настоящей работѣ послужилъ случай внѣматочной беременности съ успѣшною лапаротоміей, который я имѣлъ возможность наблюдать въ клиникѣ профессора К. Ф. Славянскаго. По предложенію многоуважаемаго профессора я занялся изученіемъ литературы чревосѣченія при внѣматочной беременности, съ цѣлью опредѣлить современное положеніе этого вопроса. Приступивъ къ разработкѣ этой темы, я нашелъ, что въ сочиненіи Parry имѣется полное и всестороннее изученіе всѣхъ почти отдѣловъ ученія о внѣматочной беременности, основанное на 500 случаяхъ и доведенное имъ до 1875 г. Съ этого же времени подобнаго коллективнаго сочиненія, насколько мнѣ извѣстно, не имѣется въ литературѣ, не смотря на то, что за послѣднія 10 лѣтъ ученіе о внѣматочной беременности подверглось существенному прогрессивному развитію. Ознакомившись подробно съ литературой внѣматочной беременности, я скоро убѣдился, что вѣрно судить о цѣлесообразности леченія внѣматочной беременности путемъ чревосѣченія нельзя иначе, какъ составивъ себѣ правильное понятіе относительно естественныхъ исходовъ и смертности данной аномаліи беременности безъ всякаго вмѣшательства хирургической помощи. Въ доступной же мнѣ литературѣ, даже относительно новой, я не нашелъ точныхъ данныхъ о нормальныхъ исходахъ внѣматочной беременности, такъ какъ почти всѣ авторы изучали исходы этого страданія вообще, не различая отдѣльныхъ формъ внѣматочной беременности, не смотря на то, что уже въ 1859 году Hecker въ классической своей статьѣ указалъ на ошибочность подобнаго изученія. Вотъ почему мнѣ пришлось предварительно заняться изслѣдованіемъ исходовъ отдѣльныхъ формъ внѣматочной беременности на основаніи собранныхъ мною болѣе

500 новѣйшихъ случаевъ. Группировка этой казуистики представляла не малое затрудненіе въ виду того, что большинство данныхъ случаевъ описано подъ общимъ названіемъ внѣматочной беременности. При тщательномъ разсмотрѣніи данныхъ каждаго отдѣльнаго случая, мнѣ пришлось для моей цѣли воспользоваться только почти половиной вышеприведеннаго общаго числа случаевъ; остальные же случаи оказались непригодными къ моей классификаціи внѣматочной беременности по отдѣльнымъ ея формамъ, въ виду недостаточности заключающихся въ ихъ описаніи данныхъ.

Такъ какъ до сихъ поръ, насколько мнѣ извѣстно, мысль Hecker'а о необходимости статистическаго изученія каждой формы внѣматочной беременности отдѣльно примѣнялась только къ трубной беременности Hennig'омъ, остальныя же формы беременности не изслѣдованы по программѣ, предложенной Hecker'омъ, то я счелъ не лишнимъ продолжать работу Hecker'а, основываясь на болѣе новой казуистикѣ, и здѣсь предлагаю, кромѣ очерка леченія и исходовъ внѣматочной беременности еще матеріалы по симпоматологіи и нѣкоторымъ этіологическимъ даннымъ внѣматочной беременности, въ описаніи которыхъ я придерживался выработанной Hecker'омъ программы. Патологическая анатомія внѣматочной беременности, мало затронутая въ работѣ Hecker'а, за послѣднее время настолько значительно изучена, что можетъ составить совершенно самостоятельную тему для литературной обработки; она мною оставлена совершенно въ сторонѣ въ настоящей моей работѣ, такъ какъ я лично не имѣлъ возможности произвести по этому поводу собственныхъ изслѣдованій, которыя бы дали мнѣ право обсуждать имѣющіеся въ литературѣ спорные вопросы относительно патологической анатоміи внѣматочной беременности. Я ограничился только по преимуществу клиническими отдѣлами ученія объ этой аномаліи беременности и желалъ представить статистическій трудъ, основанный на тщательномъ изученіи данныхъ, заключающихся въ казуистикѣ внѣматочной беременности за послѣднее десятилѣтіе. Къ описаннымъ мною здѣсь впервые, съ со-

гласія профессора Славянскаго, двумъ случаямъ внѣматочной беременности я отношусь, какъ къ статистическому литературному матеріалу, въ виду того, что самъ я ихъ не наблюдалъ. Если даже, располагая такимъ сравнительно большимъ казуистическимъ матеріаломъ, какъ собранные мною 500 случаевъ внѣматочной беременности, я не имѣлъ возможности сдѣлать широкихъ общихъ выводовъ по отдѣльнымъ вопросамъ, такъ какъ, послѣ надлежащей группировки случаевъ, цифры оказались недостаточно большими,—если мнѣ пришлось затратить довольно много труда на собираніе массы случаевъ, которые въ концѣ концовъ оказались непригодными служить статистическимъ матеріаломъ,—то причина этому лежитъ, главнымъ образомъ, въ разнообразіи случаевъ и сложности даннаго предмета. Казуистика внѣматочной беременности какъ нельзя больше подтверждаетъ изрѣченіе Н. И. Пирогова, что „жизнь не укладывается въ тѣсныя рамки доктрины и измѣнчивую ея казуистику не выразить никакими догматическими формулами“.

С.-Петербургъ.
Январь 1886 годъ.

Подъ внѣматочною беременностью (graviditas extrauterina, grossesse par erreur de lieu-Levret-Baudelocque, ectopic gestation—Barnes) мы понимаемъ развитіе оплодотвореннаго яйца на другомъ мѣстѣ, а не въ полости матки, вслѣдствіе какихъ либо препятствій на пути яйца изъ фолликула до полости матки, при нормальномъ строеніи и цѣлости этой послѣдней. По единогласному почти заявленію большинства авторовъ, древніе врачи не знали о существованіи внѣматочной беременности, что̀ вполнѣ согласуется съ отсутствіемъ въ древности правильныхъ познаній по анатоміи и физіологіи женскихъ половыхъ органовъ. Только въ статьѣ Schreyer'a [341] *) я нашелъ противоположное мнѣніе: онъ говоритъ, что уже Гиппократъ зналъ о существованіи внѣматочной беременности, и приводитъ слѣдующую цитату изъ книги Гиппократовскаго сборника сочиненій De morbis mulierum „foetus locum suum deserit ob abundantiiam pituitae et suffocationem producit". Провѣрить эту цитату мнѣ удалось только по другому изданію Гиппократовскихъ сочиненій, и подходящую цитату я также нашелъ въ томъ же liber I de morbis mulierum **); но мнѣ кажется, что цитируемое мѣсто изъ сборника Гиппократа скорѣе можно понять, какъ описаніе картины rupturae uteri sub partu, хотя и при этомъ комментаріи остается непонятнымъ, что̀ древній авторъ хотѣлъ сказать о возвращеніи плода на прежнее свое мѣсто. Во всякомъ случаѣ, въ книгѣ „de morbis mulierum", которая, къ тому же, признается теперь апокрифическимъ сочиненіемъ, не

*) Подробныя литературныя указанія находятся въ концѣ этой работы.

**) Hippocratis Opera omnia. Editio Anton. Van der Linden. Lugduni Batav. 1665. Tomus II, pag. 447. § XLIX.

принадлежащимъ самому Гиппократу, не находится ничего убѣдительнаго въ пользу вышеприведеннаго мнѣнія Schreyer'a. Разумѣется, это не значитъ, что въ древности не наблюдались случаи внѣматочной беременности; но только правильное ихъ объясненіе не было возможно для древняго наблюдателя, такъ какъ его глаза, такъ сказать, были завязаны тѣми превратными и чисто-абстрактными теоріями зачатія, которыя господствовали не только въ древности, но перешли по наслѣдству и въ послѣдующія столѣтія и подверглись переработкѣ и уничтоженію только въ XVI столѣтіи. Мы имѣемъ описанія болѣе или менѣе несомнѣнныхъ случаевъ внѣматочной беременности изъ болѣе поздняго періода исторіи (примѣры первыхъ лапаротомій при внѣматочной беременности находятся у Abulcasis'a и Павла Эгинскаго), но эти случаи, по тогдашнимъ понятіямъ, отнесены къ разрывамъ матки. Безсознательное, такъ сказать, описаніе случаевъ внѣматочной беременности, какъ curiosa naturae, держалось почти до половины XVII столѣтія: то говорили о плодахъ, изгнанныхъ съ гноемъ, образовавшимся въ абсцессахъ брюшныхъ стѣнокъ и чрезъ стѣнки влагалища или прямой кишки; то говорилось о плодныхъ кистахъ, найденныхъ только при вскрытіи и скорлупа которыхъ, сдѣлавшись известковою, такъ сказать, окаменѣла (Depaul). Въ сочиненіи Jac. Primerosii De mulierum morbis, 1665 года, описанъ случай лапаротоміи при двойной внѣматочной беременности подъ названіемъ „partus prodigiosus", относящійся къ 1595 году, а въ книгѣ Fran. Rausseti [330], 1591 года, о кесарскомъ сѣченіи, приводится нѣсколько исторій болѣзни, которыя также можно отнести къ внѣматочной беременности. Очевидно, всѣ эти случаи отнесены ихъ авторами къ маточной беременности, и, какъ говоритъ Stolz, [362] даже въ XVII столѣтіи защищались тезисы, отвергающіе возможность внѣматочной беременности: An foetus in tuba uteri generari possit? negat. Quentin Tevenym (1639). An homo extra uterum gigni potest? negat Ant. Ruffin 1658, и потому гипотеза о продолженной беременности (grossesse prolongée—missed lebour) была очень распростра-

нена, и въ эту категорію и относились наблюдавшіяся тогда случаи внѣматочной беременности.

Важныя открытія William Harvey'a, Iohannes Van-Horne, Kerkring'a, Stenon'a и главнымъ образомъ Regner de Graaf'a [7] въ области ученія объ оплодотвореніи, давшія новыя теоріи зачатія, положили начало ученію о внѣматочной беременности, и со времени этихъ работъ, т. е. съ половины XVI столѣтія, нужно считать исторію внѣматочной беременности, какъ отдѣльной формы беременности. Правда, что новое ученіе de Graaf'a и Harwey'a не сразу было принято, и потому далеко не всѣ ученые конца XVI и даже XVII столѣтія,—оставшись вѣрными древнему ученію о двухъ семянныхъ жидкостяхъ, дающихъ начало зародыша въ маткѣ.—признавали возможность зачатія внѣ матки. Такъ, напримѣръ, въ философской критикѣ различныхъ мнѣній „De conceptione adversaria" Carolus Drelincurtius, въ 1685, сомнѣвается въ возможности яичниковой беременности; Mauriceau никогда не хотѣлъ допустить внѣматочную беременность, хотя самъ описалъ и даже представилъ рисунокъ трубной беременности, какъ это на томъ же препаратѣ доказалъ Dionis [93] въ 1718 году. De la Motte [88], въ 1721 г., также относилъ всѣ случаи внѣматочной беременности къ разрывамъ матки, не смотря на то, что уже въ то время были описаны и изслѣдованы случаи всѣхъ трехъ главныхъ формъ внѣматочной беременности. Пріоритетъ перваго описанія трубной беременности подъ ея настоящимъ названіемъ признается за Riolan'омъ младшимъ. Въ доступномъ мнѣ сочиненіи Riolan'a [320] (V изданіе 1611 года[1]) я встрѣтилъ слѣдующую цитату: что какой-то хирургъ въ Парижѣ нашелъ на вскрытіи „molam genitam extra uterum juxta ipsius fundum in vasis spermaticis". Яичниковая беременность допускалась, повидимому, еще раньше, вскорѣ послѣ того, какъ появилось изслѣдованіе De Graaf'a о фолликулахъ яичника, которые онъ разсматривалъ какъ ovum humanum въ виду того, что уже Fallopius доказалъ присутствіе сѣмени въ трубахъ и, слѣдовательно, можно было допустить оплодотвореніе въ яичникахъ (Astruc [7]).

Astruc [7] тщательно собралъ въ хронологическомъ порядкѣ первыя наблюденія различныхъ видовъ внѣматочной беременности. Онъ приводитъ, какъ первый случай яичниковой беременности, случай Perigord'a, называемаго также de Saint Maurice, относящійся къ 1682 году. Плодъ, при вскрытіи, былъ найденъ въ полости живота, плавающимъ въ большомъ количествѣ крови, но разрывъ яичника очевидно доказывалъ, что онъ первоначально въ немъ развивался. Относительно брюшной беременности Astruc говоритъ, что она встрѣчается рѣже трубной, и какъ одинъ изъ самыхъ извѣстныхъ случаевъ цитируетъ случай Courtial'я (Observ. X), гдѣ 9-мѣсячный плодъ найденъ былъ лежащимъ въ лѣвой сторонѣ подчревной области головою внизъ ногами кверху, укрѣпленный пуповиною къ послѣду, который прикрѣплялся къ epiploon и желудку.

Первыя систематическія описанія внѣматочной беременности, повидимому, представили Levret [223] во Франціи, Smellie [352] въ Англіи, Bianchi въ 1741 и Böhmer въ 1752 году. Главнымъ же образомъ во Франціи ученіе о внѣматочной беременности получило быстрое развитіе въ XVIII столѣтіи.— Levret [223] различалъ три главныя формы внѣматочной беременности: яичниковую, трубную и брюшную, и назвалъ внѣматочную беременность grossesse par erreur de lieu. Послѣ него этимъ же вопросомъ занимались Astruc [7], Baudelocque [20] и цѣлый рядъ ученыхъ. Вообще внѣматочная беременность получила, благодаря этимъ работамъ, право гражданства въ наукѣ; съ тѣхъ поръ уже во всѣхъ учебникахъ акушерства имѣется глава объ этомъ предметѣ и всѣ отдѣлы его подверглись быстро разработкѣ. Симптоматологіей занимался Antoine Petit, но симптомы, установленные имъ, далеко не давали возможности распознаванія при жизни этого заболѣванія. Heim'у въ 1812 году принадлежитъ право перваго прижизненнаго діагноза, и онъ же первый, повидимому, предложилъ производить чревосѣченіе при угрожающихъ жизни разрывахъ плоднаго внѣматочнаго мѣшка. Съ этого времени, т. е. съ начала текущаго столѣтія начинается разработка ученія о внѣматочной беременности также и въ Германіи. Скоро оказалось описанныхъ

такъ много случаевъ, что дана была возможность производства статистическаго изученія различныхъ спорныхъ вопросовъ. Классификація внѣматочной беременности подвергалась въ теченіе времени большимъ измѣненіямъ; главнымъ образомъ относительно яичниковой беременности оказался необходимымъ тщательный пересмотръ прежнихъ наблюденій, такъ какъ Cruveilhier и др. описали дермоидныя кисты, у Astruc'a еще прямо включавшіяся въ разрядъ яичниковой беременности. Velpeau [379] и за нимъ цѣлый рядъ ученыхъ стали отвергать ея существованіе.

Только трубная беременность осталась прочно установившимся фактомъ, и относительно нея всѣ мнѣнія сходились и также довольно единогласно признавалась брюшная форма беременности. Статистическія работы появились только со второй половины текущаго столѣтія. Hecker [164], въ 1859 г., представилъ полное статистическое изученіе теченія и исходовъ внѣматочной беременности по отдѣльнымъ видамъ, кромѣ яичниковой, въ существованіи которой онъ имѣлъ только „субъективное" убѣжденіе. Масса работъ объ исходахъ и терапіи появилась въ разныхъ странахъ: Kiwisch [193], Mattei [253] и многіе другіе представили цифровыя данныя объ естественныхъ исходахъ внѣматочной беременности безъ рѣзкаго разграниченія видовъ. Работы Rogers'a, Campbell'a, Hutchinson'a [184], Van Cauvenberghe, Keller'a [192] касаются больше терапіи, и, наконецъ, Parry [294], въ 1876 году, представилъ уже полную монографію о внѣматочной беременности, основанную на статистическомъ изученіи данныхъ, заключающихся въ 500 наблюденіяхъ; эта книга до сихъ поръ считается наилучшимъ по полнотѣ сочиненіемъ относительно занимающаго насъ вопроса. О трубной беременности подобную же тщательно написанную статистическую работу представилъ въ томъ же 1876 году Hennig [169].

По отдѣльнымъ вопросамъ имѣются и болѣе новыя работы. Такъ Deschamps [94], на основаніи 114, опубликованныхъ послѣ работы Parry, случаевъ, написалъ въ 1880 году диссертацію объ исходахъ и леченіи внѣматочной беременности;

въ томъ же году появилась весьма важная статья Litzmann'а [224] о показаніяхъ къ оперативному леченію внѣматочной беременности, также статистическая, основанная на пересмотрѣ 43 случаевъ лапаротомій и по этому вопросу совершенно замѣнившая невѣрныя вычисленія Parry. Насколько обширенъ литературный матеріалъ, по преимуществу казуистическій, за послѣднія 10 лѣтъ, видно уже изъ того обстоятельства, что мнѣ удалось за это время собрать съ лишкомъ 500 случаевъ, тогда какъ Parry набралъ 500 случаевъ чуть ли не за все время существованія ученія о внѣматочной беременности, т. е. съ конца XVI-го столѣтія до 1876 года. Я не буду перечислять всѣхъ работъ; укажу только на довольно полный литературной указатель, приложенный къ этой работѣ. За границей каждый почти случай внѣматочной беременности тщательно описывается, даже нѣсколько разъ (случаи Gusserow'а и Schröder'а и др.) въ докторскихъ диссертаціяхъ съ различныхъ точекъ зрѣнія.

Въ русской литературѣ имѣется весьма интересный казуистическій матеріалъ *), но, насколько мнѣ извѣстно, нѣтъ статистическихъ работъ, подобныхъ монографіямъ Hecker'а, Hennig'а, Parry, Puech'а, Deshamps'а и многихъ другихъ.

Со времени Нестора Максимовича Амбодика, упоминающаго въ своемъ „Искусствѣ повиванія или наукѣ о бабичьемъ дѣлѣ" о внѣматочной беременности при перечисленіи показаній къ производству кесарскаго сѣченія, занимающая насъ аномалія беременности описывалась систематически, повидимому, только въ руководствахъ акушерства и гинекологіи. Кромѣ того, въ доступной мнѣ литературѣ я нашелъ одинъ критическій обзоръ литературы внѣматочной беременности за 15 лѣтъ, составленный проф. Китеромъ [420] въ 1849 году, и двѣ диссертаціи о внѣматочной беременности: Купффера [423], написанную въ Дерптѣ въ 1822 году, и Собольщикова [442]—въ Петербургѣ въ 1856 году.

---

*) См. указатель литературы №№ 406 - 454.

## Классификація внѣматочной беременности.

Приступая къ статистической разработкѣ новѣйшей казуистики внѣматочной беременности, мнѣ первымъ долгомъ пришлось установить точку зрѣнія, которая бы соотвѣтствовала современному состоянію ученія о внѣматочной беременности, относительно группировки наблюденій. Очень часто авторы называли свои случаи просто внѣматочною беременностью, не задаваясь вовсе, по разнымъ причинамъ, вопросомъ о разновидности ея; другой рядъ по описанію вполнѣ однородныхъ случаевъ описывался подъ самыми различными видовыми названіями, смотря потому какого взгляда придерживался данный авторъ на классификацію формъ внѣматочной беременности. Эта неточность описанія была, вѣроятно, главнѣйшею причиною того обстоятельства, что даже въ такихъ новыхъ монографіяхъ о внѣматочной беременности, какъ книга Parry, симптоматологія, исходы и т. д. разработаны авторомъ для внѣматочной беременности вообще, а не вполнѣ проведены для отдѣльныхъ ея видовъ. Въ настоящее время подобное неразгруппированное изученіе внѣматочной беременности не имѣетъ никакого научнаго значенія и дало бы только совершенно ложный результатъ, такъ какъ главнѣйшее требованіе всякой статистики заключается въ подборѣ однородныхъ данныхъ. Мнѣ, слѣдовательно, пришлось ознакомиться съ литературой вопроса о классификаціи видовъ внѣматочной беременности, и я скоро убѣдился, какъ разнообразны мнѣнія авторовъ въ этомъ отношеніи. Едва ли найдемъ двухъ-трехъ авторовъ, придерживающихся одной и той же классификаціи. Въ подтвержденіе этого своего взгляда считаю не лишнимъ привести нѣсколько самыхъ разнообразныхъ по своему характеру классификацій. Levret, представивши первое систематическое изложеніе ученія о внѣматочной беременности, различалъ три вида этой по его выраженію „grossesse contre nature, quoique véritable, par erreur de lieu",—трубную, яичниковую и брюшную беременность. Это классическое дѣленіе держалось долго въ наукѣ и признавалось, кажется, всѣми авторами.

Въ 1824 году Breschet *) описалъ новый по его мнѣнію видъ внѣматочной беременности—„graviditas in uteri substantia“, оказавшуюся впослѣдствіи промежутою беременностью—grav. interstitialis sive tubo-uterina.

Затѣмъ Velpeau [379] счелъ нужнымъ различать: 1) интерстиціальную беременность и 2) беременность маточно-трубную, и, съ другой стороны, отвергъ внутреннюю яичниковую беременность.

Dezeimeris **), въ 1837 году, описалъ новый видъ внѣматочной беременности, „grossesse souspéritonéo-pelvienne“, и довелъ подраздѣленіе внѣматочной беременности, такъ сказать, ad maximum, различая 10 видовъ и основываясь, главнымъ образомъ, на патолого-анатомическихъ данныхъ. Онъ различаетъ слѣдующіе виды:

1) Graviditas ovaria.
2) „ subperitoneo-pelvica.
3) „ tubo-ovarialis.
4) „ tubo-abdominalis.
5) „ tubaria.
6) „ interstitialis tubo-uterina.
7) „ utero-interstitialis.
8) „ utero-tubaria.
9) „ utero-tubo-abdominalis.
10) „ abdominalis.

Какъ совершенно вѣрно говоритъ Parry, только 1, 3, 4, 5 и 10-я группы могутъ считаться дѣйствительно отдѣльными формами, и названія ихъ ясно выражаютъ первичное мѣсто развитія яйца, тогда какъ остальныя пять группъ не что иное, какъ результатъ или исходъ которой нибудь изъ первыхъ группъ, а именно: форма subperitoneo-pelvica—исходъ трубной беременности, если разрывъ беременной трубы про-

---

*) См. Parry l. c. pag. 36.
**) Цитирую по Parry, Moreau и Depaul'ю

исходитъ безъ нарушенія цѣлости брюшины и яйцо попадаетъ (и развивается дальше) между листками lig. lati. Впрочемъ, этотъ же видъ внѣбрюшинной беременности можетъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, напр. Гугенбергера [414], Beaucamp [30], Collet y Gurgui [75] и др., быть результатомъ яичниковой беременности.

Вышеприведенныя 6, 7 и 8-я формы внѣматочной беременности, по терминологіи Dezeimeris, обозначаютъ, въ сущности, одну и ту же graviditas tubo-uterina, которую, въ свою очередь, нужно разсматривать, какъ одинъ изъ видовъ трубной беременности. Наконецъ, 9-я группа классификаціи Dezeimeris, utero-tubo-abdominalis, предложена имъ для тѣхъ крайне загадочныхъ случаевъ, гдѣ ребенокъ найденъ былъ, на вскрытіи, свободно лежащимъ въ брюшной полости, тогда какъ пуповина его проходила черезъ весь каналъ трубы къ послѣду, прикрѣпленному въ полости самой матки (случаи Patuna, Hey'я и Hofmeister'а). Если признать достовѣрность этихъ случаевъ, то ихъ нужно, согласно Parry [291] (p. 34), отнести къ разряду исходовъ трубно-маточной беременности.

Классификація Dezeimeris представляется интересною: 1) по своей сложности, 2) по чисто-анатомической точкѣ зрѣнія и 3) потому, что, не смотря на свою сбивчивость,—обусловленную, впрочемъ, сбивчивымъ же описаніемъ самихъ случаевъ, которые Dezeimeris хотѣлъ сгруппировать, — она признавалась безъ всякихъ измѣненій Moreau [213] и съ небольшими измѣненіями Chailly-Honoré и Cazeaux [59]. Послѣдній авторъ, однако, уже въ 7-мъ изданіи своего трактата, очевидно сознавая ея непригодность, замѣнилъ ее болѣе простою, принявъ только 5 видовъ:

1) abdominalis,
2) tubo-abdominalis,
3) tubaria,
4) tubo-uterina-interstitialis,
5) utero-tubaria.

Эта классификація, какъ мнѣ кажется, основана на клинической картинѣ внѣматочной беременности и въ этомъ

смыслѣ противоположна патолого-анатомической классификаціи Dezeimeris; но она замѣчательна также и тѣмъ, что, собственно говоря, заключаетъ уже только 2 формы—брюшную и трубную, такъ какъ группы 2, 3, 4 и 5-я обозначаютъ только мѣсто развитія яйца въ различныхъ участкахъ трубы. Слѣдовательно, это не больше какъ разновидности одной и той же трубной формы беременности.

Я уже говорилъ, что Velpeau усомнился въ существованіи собственно-яичниковой беременности (внутренней), такъ какъ допускаемую имъ наружную яичниковую беременность можно было разсматривать какъ брюшинную беременность, такъ какъ, по тогдашнимъ понятіямъ, яичникъ былъ вполнѣ заключенъ въ складкѣ брюшины. Послѣ Velpeau сомнѣвались въ существованіи истинной (внутренней) яичниковой беременности Farre и Thompson въ Англіи, Geoffray St. Hilaire и Pouchet во Франціи (1847), Willigk, Kiwisch и Hecker въ Германіи и многіе другіе, потому что не было еще достаточно убѣдительныхъ случаевъ, а также и потому, что съ развитіемъ ученія о дермоидныхъ кистахъ оказалось, что всѣ почти старые случаи яичниковой беременности (Astruc [7]) были не что иное, какъ дермоидныя кисты яичника, или относились къ другимъ формамъ внѣматочной беременности.

Max Mayer *), въ 1845 году, пользуясь недостаточностью описанія белѣе старыхъ случаевъ, зашелъ такъ далеко, что проводилъ мысль о существованіи только одной трубной внѣматочной беременности.

Kiwisch [193] принимаетъ двѣ первоначальныхъ формы внѣматочной беременности, а именно: беременность фаллопіевой трубы и брюшной полости; кромѣ того, онъ причисляетъ сюда же еще беременность въ недостаточно развитой половинѣ матки, какъ отдѣльную форму внѣматочной беременности, тогда какъ, соглашаясь съ мнѣніемъ Bischoff'а и Max Mayer'а, считаетъ недоказаннымъ существованіе яичниковой беременности.

---

*) Mayer. Kritik der Extrauterinschwangerschaft und s. w. Giessen 1845.

Scanzoni и Czihak [79], въ 1859 году, признавали попрежнему 4 вида: 1) трубную, 2) яичниковую, 3) абдоминальную, 4) in substantia uteri.

Merriman, Rokitansky, Campbell, Rogers, Tanner, Barnes, въ 1874 году, отвергая брюшинную беременность, признавали: 1) трубную и 2) яичниковую съ ихъ видоизмѣненіями.

Во Франціи, послѣ Velpeau, Stoltz, а за нимъ Depaul, въ классическомъ своемъ сочиненіи о брюшинной беременности сводили всѣ формы внѣматочной беременности къ двумъ: 1) трубной, которая подраздѣляется на gr. tubaria propria и gr. interstitialis и 2) gr. peritonealis (gr. primitiva et secundaria). Того же дѣленія, повидимому, придерживается и Chayé въ 1883 году.

Naegele и Grenzer различали 4 вида: 1) трубную, 2) интерстиціальную или трубно-маточную, 3) брюшную и 4) яичниковую беременность.

Schröder прибавляетъ gr. tubo-abdominalis и tubo-ovarialis, какъ подъ-отдѣлы 3-хъ главныхъ формъ: 1) трубной, 2) брюшной и 3) яичниковой беременности.

Spiegelberg придерживается того же дѣленія: трубную онъ подраздѣляетъ на gr. tubaria, tubo-uterina и gr. tubo-abdominalis, затѣмъ различаетъ яичниковую и брюшинную или брюшную беременности.

Проф. Лазаревичъ подобнымъ же образомъ классифицируетъ внѣматочную беременность.

Parry, также существенно не измѣнивъ ее, только въ подраздѣленіяхъ немного усложнилъ классификацію, различая gr. tubo-ovarialis et ovario-tubaria. Совершенно въ другомъ родѣ представляются новѣйшія классификаціи, преслѣдующія чисто-клиническія цѣли. Такъ, напримѣръ, Freund различаетъ 4 группы внѣматочной беременности:

1) Въ предсуществующихъ узкихъ, мышечныхъ полостяхъ: интерстиціальная, трубная и беременность *въ неразвитомъ рогѣ uteri bicornis*; 2) яичниковую беременность; 3) абдоминальную беременность съ послѣдомъ, прикрѣпляющимся не на прямой кишкѣ; 4) абдоминальную беременность съ послѣдомъ,

сидящимъ въ области recti, отличающуюся большою наклонностью къ септической инфекціи.

Gaillard Thomas [126] для клиническихъ цѣлей допускаетъ только три формы: трубную, интерстиціальную и абдоминальную, тогда какъ для патолога, по его мнѣнію, существуетъ гораздо больше разновидностей, какъ-то: яичниковая, трубно-яичниковая и др. Какъ примѣръ новѣйшей анатомической классификаціи, привожу здѣсь дѣленіе Fenger'a [111]. Онъ различаетъ: 1) яичниковую и эпіоваріальную, 2) абдоминальную (первичную), 3) трубную съ подраздѣленіями на grav. tub-abd. s. tubo-ovarialis, tubaria, tubo-uterina, 4) экстраперитонеальную въ lig. latum, 5) беременность въ одной сторонѣ uterus bicornis и 6) вторичную абдоминальную, если яичникъ, труба или даже сама матка (bicornis или *нормальная*) во время беременности разорвались, плодъ выпалъ въ перитонеальную полость, но остался въ связи съ первичнымъ мѣшкомъ. Наконецъ, крайне интересно замѣтить, что вышеприведенное исключительное мнѣніе Max Mayer'a, диссертацію котораго Hecker [164] называетъ „eine jugendliche Sturmschrift", не имѣющею серьезнаго значенія, до сихъ поръ имѣетъ очень крупныхъ представителей въ наукѣ: Lawson Tait [213] полагаетъ, что въ началѣ всякая внѣматочная беременность бываетъ трубною и разновидности ея зависятъ отъ того направленія, въ которомъ произошелъ разрывъ трубы; раннихъ стадій развитія другихъ видовъ ему не приходилось видѣть ни на секціонномъ столѣ, не при операціи, и, напротивъ того, всѣ оперированные имъ случаи доказываютъ трубное происхожденіе всѣхъ формъ внѣматочной беременности. Съ этимъ мнѣніемъ Lawson Tait'a соглашаются Braithwaite [40] и Robsen. Bandl [12] также сомнѣвается въ существованіи первичной брюшной и яичниковой беременности и, на основаніи изслѣдованія имѣвшихся у него анатомическихъ препаратовъ, склоненъ думать, что описанные подъ именемъ брюшной беременности случаи—не что иное, какъ трубно-абдоминальныя формы.

Я не стану дальше перечислять различныхъ мнѣній: они очень интересны для исторіи ученія о внѣматочной беремен-

ности, для моей же цѣли, доказать ихъ сбивчивость и разнообразіе, достаточно и вышеприведеннаго перечня мнѣній. Я позволю себѣ только сдѣлать нѣсколько общихъ обо всемъ этомъ замѣчаній:

1) Разнообразіе мнѣній относительно классификаціи вызвано самою сложностью предмета: наблюденія внѣматочной беременности бываютъ такъ разнообразны, такъ значительно измѣняются анатомическія отношенія органовъ брюшной и тазовой полостей, что часто бываетъ невозможно, при болѣе или менѣе давно развивающейся внѣматочной беременности, распознать даже на вскрытіи первоначальное мѣсто развитія яйца.

2) Разнообразіе классификаціи также много зависитъ отъ точки зрѣнія и преслѣдуемой цѣли, и, собственно говоря, нужно допустить, по крайней мѣрѣ, двѣ группировки—патолого-анатомическую и клиническую.

3) Оставляя въ сторонѣ всѣ исключительныя и единичныя мнѣнія объ одной или двухъ только формахъ, приходится въ настоящее время, согласно большинству авторовъ, признать въ сущности классическою классификацію Левретa, различая три главныхъ формы: яичниковую, трубную и брюшную (или вѣрнѣе—по Depaul'ю—брюшинную), съ подраздѣленіемъ каждой изъ нихъ на разновидности.

Эта тройственная классификація будетъ болѣе или менѣе удовлетворять и анатома, и клинициста; но, затѣмъ, симптоматологія, исходы, теченіе, причины и патологическая анатомія должны въ статистическихъ работахъ разбираться отдѣльно для главныхъ формъ (какъ это впервые сдѣлано Hecker'омъ) и по возможности также и для разновидностей ихъ, причемъ отнесеніе каждаго даннаго случая въ ту или другую категорію должно основываться не только на вскрытіяхъ или анатомическомъ изслѣдованіи при операціи, а также можетъ производиться по сходству клиническаго теченія даннаго случая съ болѣе или менѣе подробно описанными случаями той же формы.

4) Типическіе случаи каждой разновидности и формы су-

ществуютъ какъ для трубной беременности, въ существованіи которой никто не сомнѣвается и не сомнѣвался, такъ и для первичной брюшной и яичниковой, долго смущавшихъ взыскательныхъ авторовъ (случай Puech'a и т. д.)

5) Вторичная брюшная беременность не можетъ признаваться отдѣльною формою внѣматочной беременности; но, на основаніи анатомическаго или клиническаго теченія, слѣдуетъ стараться опредѣлить въ каждомъ данномъ случаѣ первоначальное мѣсто развитія яйца, такъ какъ эта вторичная брюшинная беременность есть не что иное, какъ одинъ изъ исходовъ другихъ формъ.

6) Согласно данному мною въ началѣ этой работы опредѣленію, мнѣ кажется, можно исключить изъ описанія внѣматочной беременности, включенную первоначально Kiwisch'омъ, а затѣмъ и многими другими авторами до Fenger'а, беременность рудиментарнаго рога матки, такъ какъ здѣсь главная причина развитія беременности „на ненормальномъ мѣстѣ“ лежитъ въ аномаліи строенія самой матки, и беременность не происходитъ, строго говоря, внѣ полости матки. Sänger *) говоритъ, что беременность рудиментарнаго прибавочнаго рога анатомически нельзя назвать внѣматочною, хотя она клинически весьма близко подходитъ къ ней; она можетъ быть, по мнѣнію Sänger'а, названа гинатретической (gynatretische Schwangerschaft) беременностью и занимаетъ средину между интерстиціальною и трубною беременностями. Küchenmeister [201] также причисляетъ беременность рудиментарнаго рога къ внутриполостнымъ маточнымъ беременностямъ.

7) Точно также мнѣ кажется неумѣстнымъ называть внѣматочною беременностью, какъ это дѣлаютъ Fenger[111] и Goodell, случаи нормальной маточной беременности послѣ полнаго или неполнаго **) (съ сохраненіемъ брюшиннаго покрова) разрывовъ матки, потому что здѣсь главная причина страданія ле-

---

*) Sänger. Arch. f. Gynäk. 1884. Band 24, p. 332.

**) Goodell. Transact. Amer. Gynak. Soc. Vol. VII, (1882) 1883, p. 237—240. Case XIII.

жить въ нарушеніи цѣлости матки (и ея полости), а не въ тѣхъ препятствіяхъ, которыя мѣшаютъ яйцу проникнуть до полости матки; вотъ почему я счелъ нужнымъ прибавить въ вышеприведенномъ опредѣленіи внѣматочной беременности оговорку о цѣлости маточной стѣнки.

8) Интерстиціальная беременность, по мнѣнію большинства новѣйшихъ авторовъ (Schröder, Parry, Spiegelberg, Doran [96] и др.), есть только трубно-маточная форма тубарной беременности, а не отдѣльный видъ.

9) Трубную беременность слѣдуетъ подраздѣлять на 3 главныхъ формы: трубно-маточную, собственно-трубную и трубно-абдоминальную (Schröder).

10) Трубно-яичниковая форма, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ Beaucamp и Vuillet, составляетъ переходную форму между трубною и яичниковою беременностями и можетъ быть отдѣльно описываема, а не вмѣстѣ съ gr. tubo-abdominalis, какъ это сдѣлано Schröder'омъ и Parry.

11) Относительно яичниковой беременности старое дѣленіе на наружную и внутреннюю, или epiovarialis (Landau [203] и Fenger [111]) и intraovarialis, примѣнимо только для раннихъ случаевъ, и, согласно Schröder'у, наружную форму можно прямо отнести къ брюшинной беременности.

12) Дѣленіе болѣе детальное, какъ, напримѣръ, допускаемое Parry, на grav. tubo-ovarialis и ovario-tubaria, согласно замѣчанію самого же Parry *), неприменимо на практикѣ и потому совершенно лишнее, точно также какъ и подраздѣленіе брюшной беременности на основаніи мѣстоприкрѣпленія послѣда по Freund'у.

Руководствуясь вышеприведенными соображеніями, я группирую свои случаи такимъ образомъ:

---

*) Parry. Extrauter. pregnancy. 1876, pag. 50, примѣчаніе 1-е.

| Формы. | Разновидности. |
|---|---|
| 1. Трубная беременность всего 198 случ. | собственно-трубная—118 случ. |
| | трубно-маточная—22 случая. |
| | трубно-абдоминальная—47 случаевъ. |
| | трубно-яичниковая—11 случ. |

2. Яичниковая беременность—18 случаевъ.

3. Брюшная беременность—120 случаевъ.

Не признавая вторичной брюшной беременности за отдѣльную форму и выбирая только случаи съ ясно обозначеннымъ первоначальнымъ мѣстомъ развитія яйца и достаточно подробно описанные, мнѣ, разумѣется, пришлось, подобно Parry, исключить изъ патологической части своей работы большое число собранныхъ мною въ литературѣ случаевъ.

*Частота* внѣматочной беременности сравнительно съ нормальною и сравнительная частота различныхъ формъ внѣматочной беременности не опредѣлимы даже приблизительно по литературнымъ даннымъ, такъ какъ въ литературѣ обыкновенно описываются только „интересные“ случаи, а далеко не всѣ случаи даже изъ тѣхъ, которые встрѣчаются во врачебной практикѣ. Кромѣ того, мы относительно внѣматочной беременности не можемъ получить цифры хотя бы приблизительно вѣрныя, такъ какъ и описанные въ литературѣ случаи часто остаются безъ точнаго діагноза относительно формы беременности и, съ другой стороны, нельзя съ необходимою точностью получить достовѣрныя данныя относительно статистики нормальной беременности. Kleinwächter [197] говоритъ, что статистика родильныхъ домовъ непригодна для нашихъ вычисленій, такъ какъ въ родильные дома обращаются далеко не всѣ нормально беременныя, а, напротивъ того, гораздо чаще обращаются внѣматочно-беременныя, патологическое состояніе которыхъ заставляетъ искать врачебной помощи. Еще менѣе пригодны для вычисленій данныя частной практики, такъ какъ врачей зовутъ только въ патологическихъ случаяхъ беременности и родовъ (Hennig, s. 96.) Общая статистика, по

мнѣнію Hennig'a, даетъ болѣе точныя данныя; такъ, Löw вычисляетъ 1 внѣматочную беременность на 4—500,000 родовъ.

По общему же мнѣнію новѣйшихъ авторовъ, внѣматочная беременность встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ это думали прежде (Schröder, Freund и др). По Bandl'ю [12], въ клиникахъ Braun'a и Späth'a въ теченіе 7 лѣтъ было 5 случаевъ внѣматочной беременности на 60,000 общаго числа индивидовъ, поступившихъ въ эти клиники.

Большое разногласіе существуетъ также относительно сравнительной частоты различныхъ формъ внѣматочной беременности. Kiwisch [193] считаетъ самою частою формою беременность въ средней части трубы; затѣмъ идутъ по частотѣ: трубно-абдоминальная, первичная брюшная и интерстиціальная. По Hecker'у [16], абсолютно чаще встрѣчается брюшная. По вычисленію Parry [19], несравненно чаще (214 разъ) встрѣчается трубная беременность и гораздо рѣже, но почти одинаково часто бываютъ первичная брюшная и яичниковая беременность (29 : 27 разъ). По Cohnstein'у [7], брюшная, трубная и яичниковая беременности даютъ слѣдующія процентныя отношенія частоты: 32: 26: 4, что почти совпадаетъ съ цифрами de Smet'a: 43: 33,5: 11.

Мнѣ кажется, что на основаніи вычисленій,—какъ, напримѣръ, цифры Parry и мои, гдѣ изъ 500 случаевъ почти половина не могла быть классифицирована, и гдѣ только трубныя формы болѣе или менѣе достовѣрно констатированы,—нельзя сдѣлать почти никакихъ точныхъ выводовъ о частотѣ различныхъ формъ внѣматочной беременности, хотя, однако, изъ вышеприведенной моей таблицы видно, что трубная беременность, повидимому, бываетъ чаще брюшной и несравненно чаще яичниковой.

Отдѣльные же виды трубной беременности, по моему вычисленію, представляютъ слѣдующій порядокъ по частотѣ: собственно-трубная, трубно-абдоминальная, трубно-маточная и трубно-яичниковая.

*Этіологія* внѣматочной беременности мало еще выяснена. Изученіе причинъ, по выраженію Hennig'a, должно быть по-

слѣднею работою врача, а Freund обходитъ вопросъ объ этіологіи, говоря, что „за послѣднія 30 лѣтъ этотъ вопросъ не подвинулся впередъ ни на одинъ шагъ“.

Въ виду недостатка фактическихъ данныхъ о причинахъ внѣматочной беременности вообще, а также въ виду вѣроятной общности этихъ причинъ для всѣхъ формъ внѣматочной беременности, я позволю себѣ здѣсь сдѣлать общія замѣчанія объ этіологіи разбираемаго нами страданія, на основаніи тѣхъ данныхъ, которыя я нашелъ въ литературѣ послѣдняго времени. Главною причиною, вызывающею развитіе внѣматочной беременности, считаются тѣ препятствія, которыя встрѣчаетъ яйцо при прохожденіи своемъ отъ фолликула до полости матки. Препятствія эти могутъ быть:

1) Органическія, болѣе или менѣе стойкія, измѣненія просвѣта или положенія трубъ вслѣдствіе новообразованій, воспаленій и т. д. *)

2) Временныя условія, съуживающія просвѣтъ трубы, какъ, напримѣръ, опуханіе ея слизистой оболочки, даже вслѣдствіе простой гиперэміи или усиленнаго прогрессивнаго и регрсссивнаго ея развитія, совпавшихъ случайно со временемъ зачатія (Veit[377], p. 25).

3) Старое мнѣніе Burdach'a, Lallemand'a и др. о вліяніи сильныхъ психическихъ аффектовъ во время и вскорѣ послѣ coitus'a до сихъ поръ имѣетъ своихъ приверженцевъ, напр. Freund'a [120] и Cattani [58].

4) Преждевременный быстрый ростъ оплодотвореннаго яйца признается Hennig'омъ [16] и отчасти Hun'омъ за причину трубной беременности; Hun [182], при объясненіи происхожденія наблюдавшагося имъ случая трубной беременности съ transmigratio ovi externa, предполагаетъ, что труба настолько сильно перегнулась, что прилегала къ яичнику противоположной стороны, и этотъ перегибъ трубы затруднилъ прохожде-

*) Oidtmann[286] указалъ на туберкулезное пораженіе трубъ, какъ на причину трубной беременности.

ніе яйца въ полость матки и яйцо успѣло „перерости“ просвѣтъ трубы.

5) Искали также причину трубной беременности въ смѣщеніяхъ матки, вызывающихъ болѣе или менѣе неправильное положеніе трубъ, напр. при retroflexio и выпаденіи матки (Meadows, Parry, Pallen [291], Bozeman [39]).

Всѣ эти разнообразныя мнѣнія далеко не достаточны для объясненія всѣхъ встрѣчающихся случаевъ, и обыкновенно этіологія внѣматочной беременности остается совершенно темною. Не малое значеніе для выясненія этого темнаго вопроса, какъ уже указалъ Hecker [164], имѣетъ изученіе предшествовавшихъ внѣматочной беременности обстоятельствъ, которыя косвеннымъ образомъ доказываютъ патологическое состояніе половыхъ органовъ, напр. продолжительное безплодіе или пауза въ дѣторожденіи, частые выкидыши и т. д. Эти, по выраженію Hecker'а, „коэффекты“ одного неизвѣстнаго этіологической момента внѣматочной беременности будутъ изучены мною для каждаго вида отдѣльно.

## Трубная беременность.

Если оплодотворенное яйцо продолжаетъ свое развитіе, укрѣпившись въ средней части канала фаллопіевой трубы, то получается собственно трубная беременность—

### Graviditas tubaria propria.

Типическая эта форма встрѣчается чаще другихъ двухъ; мнѣ удалось найти въ литературѣ 118 болѣе или менѣе достовѣрныхъ случаевъ, которые и послужатъ матеріаломъ для составленія описанія этой формы внѣматочной беременности.

Относительно возраста, въ которомъ она встрѣчается, мнѣ только пришлось подтвердить давно установившееся мнѣніе о преобладаніи возраста отъ 30—40 лѣтъ.

Такъ, мы находимъ, что изъ 103 случаевъ больныя были въ возрастѣ:

| | | |
|---|---|---|
| 19 лѣтъ | 1 | разъ. |
| 20—29 „ | 39 | „ |
| 30—38 „ | 52 | раза |
| 40—48 „ | 11 | разъ. |

Больше интереса представляетъ отношеніе перво-и-повторнобеременныхъ среди женщинъ, заболѣвающихъ трубною беременностью. Отношеніе это выразилось въ 88 случаяхъ слѣдующимъ образомъ:

первобеременныхъ 16
выкидывавшихъ 1 разъ 5
повторнобеременныхъ 67.

Слѣдовательно, отношеніе перво-и-повторно-беременныхъ равно 1: 4,5 (безъ выкидышей 1: 4,2), что вполнѣ подтверждаетъ, опровергаемое Hecker'омъ, мнѣніе о большемъ предрасположеніи многородящихъ къ трубной беременности, такъ какъ это отношеніе превышаетъ максимальное нормальное отношеніе перво-и-многородящихъ 1: 3,5.

Приведенныя цифры имѣютъ значеніе для выясненія предрасполагающихъ къ внѣматочной беременности обстоятельствъ, такъ какъ повторная беременность и послѣродовой періодъ составляютъ важный этіологическій моментъ гинекологическихъ заболѣваній. Хотя и не всегда эти послѣднія точно обозначены въ разбираемыхъ нами случаяхъ, но зато имѣются данныя, какъ-бы отдаленныя причины, объясняющія развитіе у этихъ женщинъ тубарной беременности:

Изъ числа 16 первобеременныхъ у 12-ти отмѣчены:

| | | |
|---|---|---|
| Dysmenorrhoea | 1 | разъ. |
| Dysmenorrhoea и 5-лѣтнее безплодное замужество | 1 | „ |
| Dysmenorrhoea и amenorrhoea | 1 | „ |
| Неправильность регулъ | 1 | „ |
| Начало регулъ на 17 году и поздняя беременность (33 и 37 л.) | 2 | раза. |

Больше 10 лѣтъ (11 и 12 л.) безплодное замужество . . . . . . . 2 раза.
Поздняя беременность (на 28, 30, 32, 35 году) . 4 „

Хотя общее число первобеременныхъ невелико, но все-таки же вышеприведенная таблица даетъ, мнѣ кажется, право сдѣлать такое заключеніе, что большинство женщинъ, забеременѣвающихъ первый разъ тубарно, представляютъ ясныя уклоненія относительно своей половой сферы, а именно: неправильности регулъ (6 разъ), безплодіе (3 раза) и позднее забеременѣваніе (4 раза). Тѣ же патологическіе моменты встрѣчаемъ мы и у 5 больныхъ внѣматочною беременностью, которыя прежде имѣли одинъ разъ выкидышъ, который вообще въ этіологіи внѣматочной беременности играетъ несомнѣнную роль; кромѣ выкидыша и преждевременныхъ родовъ, у 4 изъ этихъ больныхъ отмѣчены:

| | | |
|---|---|---|
| Dysmenorrhoea и 8—9-лѣтнее безплодіе . . . | | 1 |
| | 4 „ „ | 1 |
| Послѣ преждевременныхъ родовъ вслѣдствіе травмы . . . | 12 „ „ | 1 |
| Больше . . . | 7 „ „ | 1 |

Повторно-беременныя и многородящія женщины въ анамнезѣ своемъ не менѣе часто указываютъ на различныя отклоненія отъ нормы въ отправленіяхъ половыхъ органовъ, хотя, разумѣется, отклоненія эти разнообразны и потому не характерны для тубарной беременности, а только вообще свидѣтельствуютъ о патологическомъ состояніи половыхъ органовъ этихъ женщинъ.

| | |
|---|---|
| Во 2-й разъ беременныхъ было . . | 23 |
| Въ 3-ій „ „ „ . . | 13 |
| „ 4-ый „ „ „ . . | 8 |
| „ 5-ый „ „ „ . . | 7 |
| „ 6-ой „ „ „ . . | 4 |
| „ 7-ой „ „ „ . . | 1 |
| „ 8-ой „ „ „ . . | 1 |
| „ 9-ый „ „ „ . . | 1 |

„13-ый „ „ „ . . 1
Многократно беременныхъ было. . 4

Имѣвшихъ до трудной беременности:

| | |
|---|---|
| 1 роды и 1 выкидышъ . . . . | 1 |
| 3 родовъ и 1 „ . . . . | 2 |
| 4 „ и 2 выкидыша . . . . | 1 |
| 1 роды и нѣсколько выкидышей. . | 1 |

На 67 повторно-беременныхъ больше половины приходится II и III родящихъ и 13,5% имѣвшихъ выкидыши. Кромѣ того, изъ числа этихъ же самыхъ 67 повторно-беременныхъ у 42 имѣются указанія на слѣдующія ненормальности:

Болѣе или менѣе продолжительная пауза въ дѣторожденіи, принимая 2 года за максимумъ нормальнаго безплодія (Hecker), наблюдалась:

отъ 2— 5 лѣтъ 7 разъ.
„ 6—10 „ 9 „
„ 12—17 „ 6 „
нѣск. и много лѣтъ 2 раза.

Всего 24 раза наблюдалось безплодіе безъ обозначенія причины этой паузы въ дѣторожденіи или другихъ патологическихъ явленій.

Въ 10 случаяхъ, кромѣ безплодія, продолжавшагося отъ 3—16 лѣтъ, замѣчались еще слѣдующія патологическія явленія:

1. Безплодіе 3 года и начало регулъ на 17 году.
2. „ 5 лѣтъ и послѣродовое заболѣваніе.
3. „ 6 „ послѣродовое заболѣваніе и неправильность регулъ.
4. „ 6 „ и dysmenorrhoea.
5. „ 7 „ и dysmenorrhea.
6. „ 7 „ послѣ родовъ subinvolutio матки, воспаленіе въ тазу, metritis и dysmenorrhoea.
7. „ 10 „ послѣродовое страданіе и регулы слабы.
8. „ 10 „ и возрастъ 41.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9. | „ | 16 „ | начало регулъ на 18 году, послѣ 2-хъ родовъ регулы слабы, dysmenorrhoea и возрастъ 41. |
| 10. | „ | 10 „ | и retroflexio. |

Въ остальныхъ восьми случаяхъ наблюдались:

Трудная беременность во время кормленія грудью 3 раза.
Послѣ послѣднихъ родовъ 16 мѣс. неправильность регулъ. . . . . . . . . . . . . . . . . 1 разъ.
Dysmenorrhoea и регулы во время первой половины берем. всегда (Burchardt) . . . . . . . 1 „
Первыя регулы на 18 году (Муратовъ). . . . 2 раза.
Трудные роды . . . . . . . . . . . . . . 1 разъ.

Всего. . . 8 разъ.

Итакъ, изъ ненормальностей, замѣченныхъ у нашихъ повторно-беременныхъ, на первомъ планѣ стоитъ также болѣе или менѣе продолжительная пауза въ дѣторожденіи, какъ предшествующій моментъ трубной беременности; это безплодіе отмѣчено въ 42 случаяхъ 34 раза (почти 80%) и представляетъ важное обстоятельство, уже давно отмѣченное въ этіологіи внѣматочной беременности вообще. Безплодіе и трубную беременность Hecker уже разсматривалъ, какъ коэффекты одной общей для нихъ причины, лежащей въ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ половыхъ органовъ женщины, предрасположенной къ внѣматочной беременности (воспаленіе тазовой брюшины, измѣненія положенія трубъ и т. д.).

Другія вышеуказанныя ненормальности встрѣчаются сравнительно рѣже и ничего характернаго для трубной беременности не представляютъ, хотя и онѣ подтверждаютъ мысль, что трубная беременность есть результатъ предшествующихъ ей разнообразныхъ гинекологическихъ страданій. Заключеніе, которое можно вывести изъ всего этого изученія предшествующихъ трубной беременности обстоятельствъ: 1) что оно подтверждаетъ установленные уже давно въ наукѣ взгляды о большомъ предрасположеніи многородящихъ къ трубной беременности; 2) что ей обыкновенно предшествуетъ болѣе

или менѣе продолжительная пауза въ дѣторожденіи; 3) что, помимо этого безплодія, какъ результата страданія половыхъ органовъ, другихъ характерныхъ явленій для трубной беременности въ анамнезѣ этихъ больныхъ женщинъ пока не удается найти, хотя 4) большинство этихъ женщинъ страдало до развитія трубной беременности самыми разнообразными гинекологическими формами заболѣванія (неправильность регулъ, послѣродовыя заболѣванія, выкидыши и т. д.).

Перехожу теперь къ *симптоматологіи* трубной беременности. Не задаваясь цѣлью представить полнаго описанія клинической картины трубной беременности, я только постараюсь на основаніи 118 случаевъ рѣшить вопросъ о частотѣ различныхъ симптомовъ; это важно въ виду того разногласія, которое существуетъ между авторами относительно важности того или другаго явленія: мнѣнія далеко не сходятся даже относительно главнѣйшихъ симптомовъ. Со времени Heim'a вопросъ о характернѣйшихъ проявленіяхъ трубной беременности остается спорнымъ, въ виду чего до сихъ поръ діагнозъ раннихъ періодовъ трубной беременности считается нѣкоторыми авторами даже совершенно невозможнымъ.

Разсужденія, основанныя на единичныхъ наблюденіяхъ, едва-ли внесутъ свѣтъ въ діагностику трубной беременности, и только сопоставленіе массы случаевъ дастъ возможность установить типическую картину симптомовъ разбираемаго нами заболѣванія. Ради наглядности я представляю симптомы трубной беременности, аналогично нормальной маточной беременности, по мѣсяцамъ. Разбивая такъ свой матеріалъ, числа оказываются очень малыми для болѣе или менѣе обобщающихъ выводовъ, но все-таки же мнѣ кажется, что подобная группировка симптомовъ трубной беременности всего рельефнѣе можетъ охарактеризовать эту аномалію беременности и если не выяснитъ окончательно ея клинической картины, то, по крайней мѣрѣ, поможетъ: во-1-хъ, доказать фактически разницу картины этой беременности отъ нормальной, съ которой не разъ смѣшивали первую; во-2-хъ, сравнительную частоту и важность различныхъ, считающихся характерными, симптомовъ труб-

ной беременности, и, въ 3-хъ, выяснить хотя нѣкоторые пункты для дифференціальнаго діагноза трубной беременности отъ другихъ гинекологическихъ заболѣваній. Подобная разработка клинической картины внѣматочной беременности пока еще не примѣнялась, насколько мнѣ извѣстно, никѣмъ, и, мнѣ кажется, этотъ способъ изученія симптомовъ внѣматочной беременности далъ бы очень хорошіе результаты, если бы онъ былъ примѣненъ на большомъ числѣ одинаково подробно описанныхъ случаевъ. Мнѣ же пришлось ограничиться только 118 болѣе или менѣе несомнѣнными случаями собственно-трубной беременности, причемъ изъ нихъ для отдѣльныхъ мѣсяцевъ оказалось пригодныхъ случаевъ: maximum 85 для II-го мѣсяца и minimum 11—для X-го. Нужно, однако, замѣтить, что постепенное уменьшеніе отъ этого максимальнаго къ минимальному числу лежитъ въ природѣ самаго процесса трубной беременности, обыкновенно заканчивающейся смертью въ теченіе первыхъ уже мѣсяцевъ беременности.—Въ составленной мною таблицѣ симптомовъ обозначены для каждаго мѣсяца беременности валовыя числа наблюденій, такъ какъ при вычисленіи сравнительной частоты даннаго симптома необходимо принимать во вниманіе именно эти числа, а не общее число всѣхъ случаевъ собственно-трубной беременности (118 случаевъ), послужившее матеріаломъ для изученія симптомалогіи grav. tubariae propriae.

**Таблица симптомовъ трубной беременности по мѣсяцамъ.**

| МѢСЯЦЫ. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Число наблюденій для каждаго мѣсяца трубн. беремен. | 67 | 85 | 60 | 34 | 26 | 20 | 18 | 19 | 14 | 11 |
| Симптомы. | | | | | | | | | | |
| I. Общія и субъективныя явленія трубн. берем. | | | | | | | | | | |
| Общее недомоганіе . . . . . | 4 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Лихорадочное состояніе . . | — | 2 | 4 | 4 | — | — | 1 | 1 | — | — |

| МѢСЯЦЫ. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Число наблюденій для каждаго мѣсяца трубн. беремен. | 67 | 85 | 60 | 34 | 26 | 20 | 18 | 19 | 14 | 11 |
| Обычные признаки берем. . . | 11 | 10 | 8 | 13 | 1 | — | — | 1 | — | — |
| Сознаніе начавшейся беременности . . . . . . . . | 2 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Боли . . . . . . . . . . . | 8 | 29 | 20 | 9 | 3 | 2 | 1 | 1 | — | — |
| Отсутствіе признаковъ и самосознанія беременности . | 3 | 6 | 3 | — | — | — | — | — | — | — |
| II. Объективныя явленія. | | | | | | | | | | |
| Перитонитъ . . . . . . . . | — | 5 | 5 | — | — | — | — | — | — | — |
| a) Выдѣленія изъ матки: | | | | | | | | | | |
| Прекращеніе регулъ . . . . | 45 | 38 | 11 | 9 | 8 | 8 | 8 | 5 | — | — |
| Неправильность регулъ . . . | 5 | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Кровотеченіе изъ полов. органовъ . . . . . . . . | 5 | 21 | 19 | 5 | 1 | 1 | 1 | — | — | 1 |
| Регулы продолжались . . . . | 2 | 6 | 3 | — | — | — | — | — | — | — |
| Регулы возвратились . . . . | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — |
| b) Состояніе матки: | | | | | | | | | | |
| Увеличеніе матки . . . . . | 2 | 17 | 18 | 8 | 2 | — | — | — | — | — |
| Смѣщенія " . . . . . | — | 3 | 19 | 2 | — | — | — | 1 | — | — |
| Сокращенія " . . . . . | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 | — | — | — |
| Матка не увеличена . . . . | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Матка не смѣщена . . . . . | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Decidua находилась въ маткѣ. | 1 | 9 | 8 | 2 | — | — | — | — | — | — |
| " выдѣлилась изъ матки. | — | 3 | 15 | 3 | — | — | 1 | 1 | — | — |
| " не найдена въ маткѣ. | — | 3 | — | 1 | — | — | — | — | — | — |
| c) Опухоль (плодный мѣшокъ): | | | | | | | | | | |
| Присутствіе опухоли констатировано . . . . . . . . | — | 9 | 8 | 12 | — | — | — | — | — | 1 |
| Величина опухоли констат. . | — | 2 | 2 | — | — | — | 1 | — | — | 1 |
| Положеніе " " . . | — | 1 | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | 1 |
| Чувствит. " " . . | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Зыбленіе " " . . | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| Консистенц. " " . . | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| Сокращеніе стѣнокъ опухоли констатировано . . . . . | — | — | — | — | — | 1 | 2 | — | — | — |
| Постепенный ростъ опухоли констатированъ . . . . | — | — | — | — | 1 | 1 | 2 | — | — | — |
| Уменьшен. опухоли констат. . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| d) Измѣненія грудныхъ железъ. | | | | | | | | | | |
| Гипертрофія груд. жел.. . . | — | 3 | — | 3 | — | — | — | — | — | — |

| МѢСЯЦЫ. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Число наблюденій для каждаго мѣсяца трубн. беремен. | 67 | 85 | 60 | 34 | 26 | 20 | 18 | 19 | 14 | 11 |
| Colostrum въ груд. жел. . . | — | — | 4 | — | — | — | — | — | — | — |
| Грудныя жел. не были гипертрофированы . . . . . . . | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | 1 |
| e) Явленія со стороны плода: | | | | | | | | | | |
| Жизнь плода опредѣлена . . | — | — | — | — | 16 | 8 | 8 | 8 | 8 | 1 |
| Движенія „ „ . . | — | — | — | 2 | — | 7 | 4 | 3 | — | — |
| Движенія плода болѣзненны . | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 | 1 | — | — |
| Сердцебіеніе плода констатировано . . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — |
| Части плода прощупывались. . | — | — | — | 1 | — | 1 | 1 | — | — | — |
| Баллотированіе . . . . . . . | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — |
| Плацентарный шумъ . . . . | — | — | — | 1 | — | — | 1 | 1 | — | — |
| Смерть плода произошла безъ разрыва плоднаго мѣшка . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| f) Признаки давленія опухоли на органы таза. | | | | | | | | | | |
| Разстройства мочеиспусканія: | | | | | | | | | | |
| Anuria-Ischuria . . . . . . | — | 2 | 3 | 3 | 2 | — | — | — | — | — |
| Dysuria . . . . . . . . . . | — | 6 | 3 | — | 2 | — | — | — | — | — |
| Incontinentia urinae . . . . | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Разстройство дефекаціи: | | | | | | | | | | |
| Боль при дефекаціи . . . . | — | 4 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Кровотеченіе при дефекаціи . | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Запоръ . . . . . . . . . . | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| g) Родовыя боли (ложные роды): | | | | | | | | | | |
| Родовыя боли наблюдались . | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| Кровотеченія при ложныхъ родахъ наблюдались . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Ложныхъ родовъ не было . . | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 2 | — |
| h) Явленія рѣдкія и исключительныя: | | | | | | | | | | |
| Пульсація сосудовъ въ сводахъ влагалища опредѣлялась . . | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — |
| Коллапсъ при боляхъ . . . . | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Истерическія явленія. . . . . | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Dyspareunia . . . . . . . . | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Отекъ ногъ . . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — |
| Неукротимая рвота . . . . . | — | 4 | — | — | — | — | — | — | — | — |

Эта таблица позволяетъ до нѣкоторой степени составить себѣ понятіе о клинической картинѣ трубной беременности.

Обычное *сознаніе* совершившагося зачатія рѣдко является у больныхъ въ началѣ трубной беременности, такъ какъ обычные признаки зачатія являются приблизительно только въ 10°/₀ случаевъ съ перваго же мѣсяца беременности.

*Боли*, которыя у англійскихъ авторовъ носятъ названіе „colicky pain", въ нашихъ случаяхъ имѣли характеръ:

| | | |
|---|---|---|
| коликъ. . . . . . | 3 | раза |
| спазмъ. . . . . . | 2 | „ |
| схватокъ . . . . . | 3 | „ |
| dysmenorrhoae . . . | 1 | „ |
| перитонитическій . . | 2 | „ |

Кромѣ того, боли 1 разъ являлись въ различныхъ мѣстахъ въ низу живота и 1 разъ обусловливались движеніями плода. На основаніи этихъ немногихъ данныхъ нельзя установить въ точности характеръ болей при трубной беременности, но, повидимому, причина ихъ лежитъ въ сокращеніяхъ мышцъ, заложенныхъ въ стѣнкахъ беременной трубы или въ самой маткѣ, такъ какъ сокращенія обоихъ этихъ органовъ констатированы объективно Fraenkel'емъ [117], Kaltenbach'омъ [181] и другими. Иногда боли появляются уже въ теченіе первыхъ недѣль беременности, но чаще и рельефнѣе выражены на II и особенно на III мѣс. ея, затѣмъ, повидимому, ослабѣваютъ, если беременность идетъ дальше. Въ ряду объективныхъ явленій на первомъ планѣ стоитъ *прекращеніе регулъ* въ 67°/₀ случаевъ, какъ одинъ изъ самыхъ постоянныхъ признаковъ совершившагося зачатія, тогда какъ кровотеченія и неправильности регулъ наблюдаются при трубной беременности гораздо рѣже: на I мѣсяцѣ приблизительно въ 15°/₀ случаевъ, но чаще—на II и III мѣсяцахъ. Правильное же наступленіе регулъ при трубной беременности наблюдается въ теченіе первыхъ трехъ мѣсяцевъ только въ 2—7°/₀ случаевъ. Въ двухъ другихъ случаяхъ два мѣсяца отсутствовавшія регулы снова появились на III-мъ мѣсяцѣ беременности.

Увеличеніе матки чаще наблюдается на II и III мѣс., а смѣщеніе ея—въ болѣе рѣзкой формѣ на III-мъ мѣс. Чтобы судить о размѣрахъ этого увеличенія, мы приведемъ нѣсколько измѣреній: въ случаѣ Davidson'а [83] матка была въ 2 раза больше нормы въ случаѣ Мазинга [430] на IV-мъ мѣс. она соотвѣтствовала по величинѣ своей III-му мѣсяцу маточной беременности, въ случаѣ проф. Славянскаго [439] она соотвѣтствовала сроку беременности и была длиною 10 ctm., въ случаѣ Wiedemann'а [411] соотвѣтствовала II-му мѣсяцу беременности, въ случаѣ Земацкаго и Котельникова [417] она была вдвое больше нормы, въ случаѣ Суворцева [443] длина ея была 11 ctm., а въ случаѣ Wilson'а [399]—4 дюйма, въ случаѣ Hassler'а [160] на IV-мъ мѣсяцѣ — $4^1/_2$ дюйма, въ сл. Hartigan'а [155] на II-мъ мѣс.—5 дюймовъ, въ случаяхъ Freund'а [120] g—h матка на II-мъ мѣсяцѣ равнялась 11 ctm. длины, а въ другомъ случаѣ была въ два раза больше нормы, наконецъ въ случаѣ Fraenkel'я [117] матка соотвѣтствовала сроку беременности, причемъ въ этомъ случаѣ объективно наблюдались ея сокращенія на V-мъ мѣс. беременности. Смѣщенія матки были: боковое 10 разъ, впередъ 4 раза, взадъ 2 раза и вверхъ 2 раза. Неувеличенною матка оказалась только 1 разъ, въ сл. Macdonald'а [235], и въ нормальномъ положеніи—тоже 1 разъ, въ сл. Wilson'а [399], на III мѣсяца трубной беременности.

Decidua замѣчена одинъ разъ уже на первомъ мѣсяцѣ беременности; но гораздо чаще ея образованіе констатируется на второмъ и третьемъ мѣс. беременности, выдѣленіе же ея изъ матки по преимуществу наступаетъ на третьемъ мѣсяцѣ, что вполнѣ соотвѣтствуетъ времени наступленія разрыва беременной трубы, который, какъ мы увидимъ, наступаетъ чаще всего на третьемъ мѣсяцѣ беременности.

Опухоль, зависящая отъ расширенія трубы развивающимся въ ней яйцомъ, въ 10% случаевъ можно опредѣлить уже на второмъ мѣсяцѣ, но чаще можно, при двойномъ гинекологическомъ изслѣдованіи, найти ее на 4-мъ мѣсяцѣ. Относительно величины опухоли я не могъ найти точныхъ цифръ,

для различныхъ мѣсяцевъ беременности. Консистенція, зыбленіе и чувствительность плоднаго мѣшка ничего характернаго не представляютъ. Баллотированіе плода въ этомъ мѣшкѣ считается нѣкоторыми авторами, какъ, напр., Gaillard Thomas и Bandl [12], весьма цѣннымъ діагностическимъ признакомъ, но, повидимому, наблюдается довольно рѣдко: оно замѣчено на IV-мъ мѣс. въ сл. Groedel'я [152] и на VI-мъ мѣс. въ сл. Litzmann'а [224]. Сокращеніе стѣнокъ плоднаго мѣшка объективно опредѣлено Litzmann'омъ [224c] и Kaltenbach'омъ [191] на VI и VII мѣс. трубной беременности. *Положеніе* внѣматочнаго плоднаго мѣшка обыкновенно бываетъ не срединное, на что указываетъ также преобладаніе боковыхъ смѣщеній матки. Сравнительно-быстрый *ростъ* опухоли при трубной беременности, крайне важное для діагноза обстоятельство, наблюдается, повидимому, рѣдко. Въ теченіе второй половины беременности большое значеніе имѣютъ *признаки со стороны плода*, и чаще другихъ наблюдаются *движенія* его, которыя только одинъ разъ были болѣзненны для матери, начиная съ IV-го мѣс. беременности; гораздо рѣже удается выслушивать *сердцебіеніе* и ощупать части плода; въ интересномъ случаѣ Litzmann'а [224c], кромѣ сердцебіенія, при выслушиваніи, движенія плода сопровождались звукомъ, частей же плода прощупать не удавалось.

Относительно наблюдающихся при беременности *измѣненій въ грудныхъ железахъ* я могу только подтвердить мнѣніе Hennig'а [169] о незначительности этихъ измѣненій при трубной беременности, такъ какъ въ моихъ случаяхъ гипертрофія грудныхъ железъ замѣчена только въ 4% случаевъ на II-мъ мѣс. беременности и въ 9% случаевъ на IV-мъ мѣс.; содержаніе же въ нихъ молозива отмѣчено только въ 6% случаевъ на III-мъ мѣс. беременности.

*Разстройства мочеиспусканія*, по преимуществу dysuria, наблюдаются въ 10% случаевъ со II по V-ый мѣс. беременности. Рѣже наблюдаются разстройства дефекаціи. Въ концѣ трубной беременности, обыкновенно въ срокъ, но иногда и

раньше, наступаютъ ложные роды, и только 2 раза изъ 14 случаевъ ихъ не было вовсе.

*Перитонитъ* и обусловленное имъ *лихорадочное состояніе* наблюдаются рѣдко при этой формѣ беременности въ ранніе ея періоды, такъ какъ яйцо развивается здѣсь въ каналѣ трубы и потому меньше раздражаетъ брюшину, чѣмъ, напр., при брюшной (перитонеальной) беременности. Изъ нашей таблицы видно, что перитонитъ наблюдался на II и III мѣс. въ 5—8% случаевъ, а лихорадочное состояніе на III и IV мѣс. въ 8—10% случаевъ.

Кромѣ этихъ болѣе или менѣе обычныхъ явленій, наблюдались иногда еще: *пульсація сосудовъ* въ сводахъ влагалища на IV мѣсяцѣ въ случаѣ Ernst Fränkel'a, одинъ разъ наблюдался *коллапсъ при боляхъ* въ сл. Breisky, *истерическія явленія* и Dyspareunia на II-мъ мѣсяцѣ беременности въ сл. Daly. *Рвота*, наблюдающаяся въ началѣ беременности, принимала характеръ неукротимой рвоты на II-омъ мѣсяцѣ беременности четыре раза и одинъ на VI-омъ въ случаяхъ Kochmann'a, Denham'a, Fränkel'a, Агафонова и Litzmann'a; слѣдовательно, это явленіе наблюдается при внѣматочной (трубной) беременности не такъ рѣдко, какъ это думалъ проф. Горвицъ[413], описавшій подобный же характерный случай внѣматочной беременности.

## Исходы трубной беременности.

Взгляды авторовъ на исходы трубной внѣматочной беременности значительно измѣнились со времени работы Hecker'a, принимавшаго почти 100% смертности для трубной беременности, вслѣдствіе почти неминуемаго, по его мнѣнію, ранняго разрыва трубнаго плоднаго мѣшка; въ настоящее время много высказывается голосовъ за гораздо меньшую опасность трубной беременности для жизни матери, такъ какъ, по изслѣдованіямъ Veit'a и др., разрывъ беременной трубы представляетъ картину haematocele (приблизительно въ 25% всѣхъ случаевъ haematocele) и оканчивается часто выздоровленіемъ.

## Таблица исходовъ собственно-трубной беременности.

### Случаи ранняго періода.

| Исходъ и срокъ беременности. | Операціи. | Результатъ. | Число случаевъ. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|
| Разрывъ беременной трубы | — | смерть. | 53 | *) |
| „ „ „ | Лапаротомія. | смерть. | 1 | Lawson Tait № 212 a **) |
| „ „ „ | — | выздор. | 14 | ***) |
| „ „ „ | Лапаротомія. | „ | 11 | Lawson Tait № 212, 214, 215. Westermark № 392. |
| „ мочеваго пузыря на IV-мъ мѣс. беремен. | — | смерть. | 1 | Groedel № 152. |
| Трубная берем. II мѣс. | Пункція. | выздор. | 1 | Freund № 120 b. |
| Смерть зародыша на II мѣс. | Ранняя лапаротомія. | выздор. | 2 | Veit Howitz № 179, № 377 c. |
| Ранняя трубная беремен. | Леченіе электричествомъ. | выздор. | 3 | Rockwell № 322 c. Mundé № 266. Garrigues № 132. |

---

*) См. указатель литературы №№ 2, 13 a, 18, 36, 52, 46 a—b, 76, 77, 81, 83, 87, 101, 117, 116, 120 j, 149, 150, 151, 138, 158, 157, 165, 182, 219, 222, 230, 231, 234, 238, 257, 264, 273, 280, 286, 289, 280, 292, 325, 331, 351, 366, 377 a, 378 b, 385, 393, 400, 406, 417, 430, 433, 439, 443.

**) Эти нумера около фамилій авторовъ относятся къ литературному указателю, помѣщенному въ концѣ этой работы.

***) См. указатель литературы №№ 50, 120 a c f g, 126 t, 235, 262, 377 b 380, 427, 411 и два случая haemotocele, описанные въ этой диссертаціи.

## Случаи поздняго періода.

| № | Плодъ. | Первоначальный исходъ. | Послѣдовательный исходъ. | Операція. | Результатъ. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | См. плода въ срокъ. | Разрывъ на III мѣс. | Gr. abd. sec. Нагноеніе въ мѣшкѣ. Сепсисъ. | — | См. | Hassler. № 160. |
| 2 | См. плода на VI мѣс. | Разрывъ на III мѣс. | Черезъ $2^1/_2$ года послѣ срока и двухъ послѣдовательныхъ беременностей. Elim. per rectum. | — | Вызд. | Kjönik. № 195. |
| 3 | См. плода въ срокъ. | Разрывъ на III мѣс. | Gr. abd. sec. Lithopaedion 5 лѣтъ. Eliminatio per vesicam. Сепсисъ. | Лапаротомія. | См. | Breisky. № 42. |
| 4 | — | Разрывъ на II мѣс. | Перетонитъ. Абсцессъ вскрылся per vaginam et rectum. | — | Вызд. | Freund. № 120 h. |
| 5 | Плодъ убитъ электричествомъ. | Разрывъ. | Gr. abd. sec. Lithopaedion. | Электричество. | Вызд. | Kochmann. № 199. |
| 6 | — | Разрывъ. | Gr. abd. sec. Неполная элиминація per rectum. | — | Вызд. | Alderson. № 3. |
| 7 | — | Разрывъ на V мѣс. | Gr. abd. sec. Lithopaedion. | — | Вызд. | Holz. № 177. |
| 8 | См. плода въ срокъ. | Разрывъ на II мѣс. | Gr. abd. sec. Распаденіе плода. | Лапаротомія. | Вызд. | Braithwaite. № 40 b. |
| 9 | — | Разрывъ на III мѣс. | Gr. intraligamentaris. | Элитротомія. | См. | Kaltenbach. № 191. |

| № | Плодъ. | Первоначальный исходъ. | Послѣдовательный исходъ. | Операція. | Результатъ. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | См. плода на VIII мѣс. | Разрывъ. | Gr. intraligamentaris. | Лапаротомія. | Вызд. | Lawson Tait. № 211. |
| 11 | См. плода на IX мѣс. | Разрывъ. | Gr. intraligam. Распаденіе мѣшка. | Лапаротомія. | См. | Nicolini. № 277. |
| 12 | — | Разрывъ на VI мѣс. | Gr. intraligament. | Лапаротомія. | Вызд. | Braithwaite. № 40 a. |
| 13 | — | Разрывъ на IV мѣс. | Gr. intraligament. | Лапаротомія. | Вызд. | Frommel. № 122. |
| 14 | См. плода на VII мѣс. | Разложеніе въ мѣшкѣ. Elim. per uterum. | | Лапаротомія. | Вызд. | Dönitz. № 95. |
| 15 | См. плода на IV мѣс. | Lithopaedion начинающійся. | Разложеніе въ мѣшкѣ черезъ 4 мѣс. | Лапаротомія. | Вызд. | Kn. Thornton. № 198. |
| 16 | См. плода на VII—VIII мѣс. | Lithopaedion. | — | Лапаротомія. | Вызд. | Litzmann. № 224 c. |
| 17 | См. плода въ срокъ. | Нагноеніе плоднаго мѣшка. | | Лапаротомія. | Вызд. | Brendel. № 43. |
| 18 | См. плодъ на IX мѣс. | Lithopaedion начинающійся. | Разложеніе въ плодн. мѣшкѣ. | Лапаротомія. | Вызд. | Проф. Славянскій. № 440 a. |
| 19 | Плодъ живой. | — | — | Лапаротомія при жив. плодѣ. | См. | Vedeler und Normann. № 375. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | Плодъ мертвый почти доношенный. | — | Перитонитъ. | Punctio. | См. | Simpson. № 350. |
| 21 | — | — | Нагноеніе мѣшка и гнойный перитонитъ черезъ 2 года. | — | См. | Bang. № 13. |
| 22 | Плодъ живой почти IX-мѣсячный. | Явленія перетонита. | | Лапаротомія при жив. плодѣ. | См. | Fränkel. № 117. |
| 23 | Плодъ живой доношенный. | Перитонитъ. Нефритъ. | | Лапаротомія при жив. плодѣ. | См. | Litzmann. № 224 b. |
| 24 | Плодъ доношенный. | — | — | Лапаротомія. | См. | Лазаревичъ. № 425. |
| 25 | Смерть плода на VIII мѣс. | — | Гнилостное нагноеніе плодн. мѣшка. | Лапаротомія. | Вызд. | Муратовъ. № 431. |
| 26 | Плодъ доношенный. | Послѣ срока беременности и ложныхъ родовъ перитонитъ и общее истощеніе. Нагноеніе мѣшка. | | Лапаротомія. | Вызд. | Litzmann. № 224 c. |
| 27 | Плодъ доношенный. | Lithopaedion 14 лѣтъ. | Elimin. per rectum. | Rectoextractio. | См. | Orton. № 287. |
| 28 | Плодъ доношенный. | Lithopaedion 7 лѣтъ. | Послѣдовательная нормальная беременность. | — | См. отъ туберкулоза. | Rampin. № 312. |
| 29 | Плодъ доношенный, мертвый, хорошо сохранившійся. | Lithopaedion 56 лѣтъ. | — | — | См. отъ маразма. | Sappey. № 335. |
| 30 | Плодъ умеръ въ срокъ окончанія берем. | Lithopaedion 57 лѣтъ. | — | — | См. отъ маразма. | Küchenmeister. № 201. |
| 31 | Смерть плода около V мѣс. | Разрывъ мочеваго пузыря на VII мѣсяцѣ беременности. | | — | См. | Litzmann. № 224 a. |
| 32 | Смерть плода около VIII мѣс. | Кровотеченіе въ плодный мѣшокъ на VIII мѣсяцѣ беременности.—Явленія внутренняго кровотеченія. | | — | См. | Taylor. № 365 |

Въ нашихъ 118 случаяхъ разрывъ трубы также составляетъ самый частый исходъ; онъ наступилъ въ теченіе первыхъ 4-хъ мѣсяцевъ 93 раза, но, кромѣ смертельнаго кровоизліянія въ брюшную полость, далъ цѣлый рядъ другихъ послѣдовательныхъ исходовъ и 34 раза окончился выздоровленіемъ. Кромѣ того, за послѣднее время доказано, что трубная беременность можетъ достигнуть болѣе позднихъ степеней развитія, и даже безъ разрыва плоднаго мѣшка, образованнаго трубою, плодъ можетъ быть доношеннымъ.

*Разрывъ беременной трубы.* Этотъ исходъ трубной беременности наступаетъ обыкновенно въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ и, кромѣ смерти матери отъ кровоизліянія въ брюшную полость, влечетъ за собою, особенно въ случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ, развитіе слѣдующихъ патологическихъ формъ: 1) haematocele, 2) haematoma subperitoneale (sive graviditatem interligamentarem), 3) вторичную брюшную беременность.

Разсмотримъ каждый изъ этихъ исходовъ отдѣльно. При раннемъ разрывѣ стѣнки беременной трубы обыкновенно внезапно получается обильное кровоизліяніе въ свободную брюшную полость, и больная погибаетъ, иногда очень быстро, при явленіяхъ острой анеміи или шока. Клиническая картина этого исхода вообще похожа на картину внутренняго кровотеченія, и Barnes[15] предложилъ для нея названіе „abdominal collapse“.

Впрочемъ, картина этого смертельнаго разрыва бываетъ крайне разнообразна и не разъ давала поводъ къ діагностическимъ ошибкамъ: такъ, въ случаѣ Griswold'а [151] и Noeggerath'а [280] разрывъ трубы начался явленіями похожими на приступъ холеры, или остраго токсическаго гастрита въ сл. Albu, [2] что дало поводъ заподозрить отравленіе точно такъ же, какъ это было еще въ случаяхъ Gray'а, [149] Wilson'а, [400] Суворцева [343] и Maccabruni. [238]

Причиною наступленія ранняго разрыва считается чрезмѣрное растяженіе стѣнки трубы, которая не успѣваетъ гипертрофироваться сообразно быстрому росту плоднаго яйца;

но въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается опредѣлить ближайшую причину разрыва: такъ, изъ нашихъ 93 случаевъ разрывъ произошелъ sub coitu 2 раза (Burton,[52] Lieven[127]), при дефекаціи 2 раза (Lowe[230], Freund[120a]), одновременно съ наступившею рвотою 8 разъ (Wilson[400], Noeggerath[280], Суворцевъ[443], Агафоновъ[106], Denham[87], Griswold[151], Maccabruni[238], Gray[149]). Вѣроятно это не было простое совпаденіе, хотя правда трудно рѣшить, которое изъ двухъ явленій—разрывъ или рвота—было причиною или послѣдствіемъ.

Послѣ зондированія матки произошелъ разрывъ трубнаго мѣшка въ случаѣ Fraenkel'я и неоднократно—послѣ повторнаго энергическаго изслѣдованія

Наконецъ, такъ какъ разрывъ мѣшка 6 разъ сопровождался выдѣленіемъ deciduae, въ двухъ случаяхъ ясно выраженъ былъ характеръ схваточныхъ болей, то можно усматривать въ сокращеніяхъ матки также не маловажную причину разрыва беременной трубы, тѣмъ болѣе, что выдѣленіе deciduae и разрывъ трубы обыкновенно наступаютъ одновременно на III-мъ мѣс. беременности, и сокращенія матки констатированы объективно Fraenkel'емъ при этой формѣ внѣматочной беременности. Что разрывъ трубы зависитъ иногда отъ сокращеній беременной трубы, а не отъ простаго ея растяженія,—указываетъ цѣлый рядъ наблюденій, въ которыхъ кровоизліяніе происходило въ полость мѣшка при преждевременномъ отдѣленіи яйца (напр. въ сл. Земацкаго[417]) или послѣда (случай Taylor'а[365] и другихъ), а главнымъ образомъ прямое наблюденіе сокращеній стѣнки беременной трубы въ случаяхъ Kaltenbach'а[191] и Litzmann'а[224]

Относительно времени наступленія разрыва мѣшка при трубной беременности давно установленъ фактъ, что онъ наступаетъ рано—въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ. Въ нашихъ случаяхъ онъ наступилъ:

| | | |
|---|---|---|
| на I мѣсяцѣ | . . . . . . . . . . . . . | 2 раза |
| на II „ | . . . . . . . . . . . . . | 28 разъ |
| на III „ | . . . . . . . . . . . . . | 42 раза |
| на IV „ | . . . . . . . . . . . . . | 9 разъ |

на V „ . . . . . . . . . : . . . . 1 разъ.
въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ . . . . . . . 11 „

Мы видимъ значительное преобладаніе разрыва на III и II мѣс., тогда какъ онъ можетъ наступить и на I-мъ мѣс. и рѣдко бываетъ послѣ четвертаго мѣсяца.

Разрывъ мѣшка 53 раза окончился произвольно смертью и 1 разъ послѣ произведенной лапаротоміи; въ остальныхъ случаяхъ наблюдались вышеупомянутые другіе исходы разрыва.

*Haematocele.* Изъ числа нашихъ случаевъ ранняго разрыва этотъ исходъ получился 21 разъ, причемъ 7 разъ наступила смерть и 14 разъ выздоровленіе. Въ послѣднее число включены нижеописанные случаи внѣматочной беременности, наблюдавшіеся въ клиникѣ проф. Славянскаго.

1-ый случай. №№ 11 и 36 „Врачебнаго Журн." 1878 года. Въ акушерскую гинекологическую клинику доставлена, вечеромъ 9-го января 1878 г., больная Анисья С., крестьянка Смоленской губ., 30 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, живущая въ Петербургѣ полгода, служащая въ нянькахъ.— Первыя регулы у нея появились на 14-мъ году; вышла замужъ 11 лѣтъ тому назадъ; вдовѣетъ 3-й годъ; рожала три раза и имѣла одинъ выкидышъ; первые роды на 6-мъ году замужества, послѣдніе—4 года тому назадъ; живыхъ дѣтей имѣетъ двоихъ. Недѣль 5--6 тому назадъ были послѣдній разъ регулы, послѣ чего С. ничего особеннаго не ощущала, кромѣ потери аппетита, но считала себя беременною. Предъ новымъ годомъ, по выраженію больной, она „побѣсилась у знакомыхъ и тѣмъ повредила плоду". Съ этихъ поръ начались рѣзи и колотье въ животѣ. Сначала онѣ были сносны, но затѣмъ постепенно усилились. За послѣдніе два дня больная ничего почти не ѣла; нѣсколько дней былъ запоръ. 9-го января (день поступленія въ клинику), въ 7 час. утра, у больной внезапно появились икота, тошнота, головокруженіе, непродолжительное (минутъ 10) обморочное состояніе; послѣ наступили общая слабость и колотье въ бокахъ и въ низу живота. Послѣ полудня ей дали касторовато масла, и ее прослабило три раза. Къ вечеру, послѣ послабленія, наступили сильныя схватки въ низу живота и боль поясницы и значительная болѣзненность при давленіи на нижнюю часть живота.

Status praesens. Блѣдность общихъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ; кожа холодна; пульсъ еле ощутимъ. Больная въ сознаніи, стонетъ, мечется, на спинѣ почти не можетъ лежать, сгибаетъ ноги въ колѣняхъ. t° in recto 36,5--36,7. Дыханій 40. Въ легкихъ ничего патологическаго не найдено; тоны сердца слабы, но чисты. Животъ вялъ, почти не увеличенъ. Въ области всего кишечника тупой тонъ, не ясно переходящій иногда, при перемѣнѣ положенія больной, въ тимпаническій. При гинекологическомъ

изслѣдованіи, которое, будучи крайне болѣзненно для больной, не могло быть произведено достаточно полно, нашли размягченную portio vaginalis, матку немного увеличенную, повидимому отклоненную назадъ; задній и правый своды представляютъ резистенцію. Такъ какъ больная цѣлый день не мочилась, то моча была выпущена катетеромъ, но оказалась въ небольшомъ количествѣ и мутною. Поставленъ клистиръ изъ воды съ прованскимъ масломъ; сфинктеры парализованы: вода почти вся тотчасъ же вытекла изъ rectum.

Въ 10 часовъ и 15 минутъ вечера больную прослабило. Въ 10½ час. t° подъ мышкою 34,9. Пульсъ не ощутимъ. Дыханій 24 въ минуту. Назначено: T-ra Moschi подъ кожу, согрѣвающій компрессъ на животъ и грѣлка къ ногамъ.

10-го января, въ 6½ часовъ утра, больная чувствуетъ сильную боль въ области подреберій и въ желудочной области. Боль въ низу живота все-еще сильная. t°—36. Рвота. Тупой тонъ живота при перемѣнѣ положенія, ясно переходящій въ тимпаническій. Въ 9 часовъ утра t° 36,3. Днемъ немного спала. Мочи не вывелось катетеромъ ни капли, не смотря на то, что больная со вчерашняго дня не мочилась. Послѣ вина и двухъ порошковъ Pulv. Doweri по gr. jjj сильная рвота. Дали одну каплю tinct. jodi на полрюмки воды, послѣ чего рвота унялась настолько, что за весь вечеръ одинъ разъ только рвало слизью. Въ 4½ часа вечера: t° 36,6; пульсъ ощутимъ, даетъ 104 удара въ минуту (дѣлались вспрыскиванія Tinct. Moschi); общее состояніе больной къ вечеру лучше. Животъ вздутъ. Боли колющія неперіодическія ощущаются больною справа въ низу живота. Незначительное выдѣленіе крови изъ половыхъ органовъ; t° вечеромъ 38,1. Къ ночи больная сама мочилась. Не можетъ приводить правую ногу къ животу, а только слегка сгибаетъ ее въ колѣнѣ. Бреда нѣтъ.

11-го января. Ночью нѣсколько разъ рвало. Боль подъ ложечкой затрудняетъ дыханіе. На правой сторонѣ живота перкуторный тонъ тупѣе, нежели на лѣвой. T°=37,4, пульсъ 100. Больная спокойнѣе; блѣдность не такъ рѣзко выражена; лицо приняло блѣдно-красную окраску. Поворачиваться все-таки же очень трудно для больной. Всего удобнѣе лежать на спинѣ. Днемъ рвало нѣсколько разъ. Рвота унялась послѣ пріема одной капли t-rae jodi съ водою. Не слабило. Кровотеченіе продолжается. Въ мочѣ много мочекислыхъ солей; бѣлка и сахару не оказалось. T° вечеромъ 37,9.

12-го января: Ночью больная спала немного. Рвота была рѣдко, но тошнота почти постоянная. Больная уже не стонетъ, не мечется, почти спокойна. Кровотеченіе прекратилось. За весь день ни разу не рвало, только тошнота усиливалась послѣ вина. Головная боль, ощущеніе озноба и жара. Боль въ спинѣ. Утромъ t° 37, вечеромъ t° 38,3.

13-го января: Ночью была сильная головная боль. Рвоты нѣтъ. Боль подъ ложечкой. Тошнота уменьшилась. При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи нашли увеличенную матку въ anteflexio и болѣзненною partio vaginalis разрыхлена. Въ правомъ и заднемъ сводахъ не ясно ощущается опухоль. Утромъ t° 37,7, пульсъ 92; веч. t° 38.

Съ 15 по 17 января t° колебалась между 37,3 и 38,3. Выдѣленіе мочи

задерживалось. Частые и крайне болѣзненные позывы на мочеиспусканіе. Дефекація также сопровождалась болью и тенезмами. Ночные поты.

18-го января: t° 37,3—37,5. Безсонница. Головная боль. Ночью потѣла, днемъ знобило; чувство жара. Боли въ спинѣ и тянущія рѣзкія боли въ низу живота справа. Назначены: согрѣвающій компрессъ на животъ. Внутрь—Natr. salicylicum.

19-го января: t° 37—37,5. Мочиться не можетъ произвольно по причинѣ сильной боли. Въ правомъ сводѣ vaginae ясно прощупывается болѣзненная опухоль. Матка увеличена, плотна. Головная боль усилилась къ вечеру. Пульсъ хорошій. Кровотеченія нѣтъ, но появились боли.

20-го января: t° 36,9—37,8. Боль при испражненіи исчезла. Голова не болитъ. Больная пробовала немного ходить по комнатѣ, но боли въ правой подвздошной области усилилась и она значительно ослабла.

21-го января: t° 37 — 37,1. Метеоризмъ. Боль при мочеиспусканіи. Бѣли.

22-го января: t° 37,4—38. Больная плохо спитъ, бредила ночью. Животъ сильнѣе вздутъ. Боль въ низу живота и при мочеиспусканіи усилилась. Бѣли.

23-го января: t° 37—37,9. Явленія тѣ же, но общее состояніе больной лучше. Плохой сонъ и бредъ ночью. Слабитъ правильно. Мочи мало, выпускается катетромъ, не содержитъ бѣлка. Иногда больная ощущаетъ біеніе сердца.

24-го января: t° 36,9—38,3. Пульсъ 76, дыханіе 20. Громкій бредъ ночью. Пальпитаціи сердца не было. Мочится легче. Боли справа въ низу живота рѣжущія. Появилось кровотеченіе изъ половыхъ органовъ и болѣзненность въ introitus vaginae.

25-го января: При гинекологическомъ изслѣдованіи *изъ цервикальнаго канала удалены два куска deciduae verae*, что впослѣдствіи констатировано микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Боли въ низу живота справа сильныя. Общее состояніе безъ перемѣнъ. t° 37,4—38.1.

26-го января. Со вчерашняго дня ощущеніе жара, мочеиспусканіе значительно легче. Боли поясницы и въ introitus vaginae. Въ животѣ теперь прощупывается справа и на 2 поперечныхъ пальца надъ симфизомъ опухоль величиною съ небольшой кулакъ. Перкуторный тонъ справа въ низу живота тупѣе, чѣмъ слѣва. Крови выдѣляется ex sexualibus мало. Послѣ вагинальнаго спринцеванія вышли слизистыя хлопья изъ portio vaginalis. Больная вовсе не спала ночью; бреда уже нѣсколько ночей не было. t° 37,7—38.5 Пульсъ 88—100. Дыханіе 20.

27-го января: Самочувствіе больной лучше. Немного спала ночью и бредила громко. Схваточныя боли поясницы и живота. Кровотеченіе незначительное. t° 37,4—37,9. Пульсъ 80. Дыханіе 20.

Съ 28 января по 12 февраля: Состояніе больной постепенно улучшалось. Температура только по вечерамъ раза два была 38,3. Кровотеченіе незначительное. Боли живота также уменьшились.

Съ 13 по 18-е февраля. При усилившихся боляхъ живота выдѣлилась еще незначительной величины частица deciduae. 17-го февраля констатировано увеличеніе опухоли правой стороны подчревной области, и маточ-

ное кровотеченіе усилилось. Температура по вечерамъ стала выше—иногда доходила до 39,2.

Съ 19 по 26 февраля. Состояніе больной снова улучшилось. t° стала нормальной. Боли живота то усиливались, то ослабѣвали, но, въ общемъ, значительно менѣе безпокоили больную. Опухоль чувствительна при давленіи. Кровотеченіе прекратилось. Больная встаетъ съ постели и ходитъ 27-го февраля.

1-го марта. Снова усиленіе болей живота и, кромѣ того, чувствительность опухоли значительная, даже при легкомъ дотрогиваніи. Лихорадочнаго состоянія нѣтъ. Мочеиспусканіе болѣзненно. Снова появилось кровянистое истеченіе изъ половыхъ органовъ. Въ слѣдующіе дни кровотеченіе значительно усилилось, но, не смотря на это, больная выписалась на-время изъ клиники.

10-го марта, по причинѣ ухудшившагося состоянія здоровья и значительной слабости, вслѣдствіе продолжающаго кровотеченія, снова легла въ клинику. Констатировано, при изслѣдованіи, увеличеніе опухоли правой подчревной области, которая была очень болѣзненна и бугриста. При надлежащемъ уходѣ, въ теченіе почти двухъ мѣсяцевъ, постепенно больная окончательно поправилась, и ко 2-му мая 1878 г. опухоль живота почти совершенно исчезла.

2-ой случай, № 615 „Врачебн. Журн." 1883 года. Парасковья М., 23 лѣтъ, еврейка, мѣщанка г. Ковно. Поступила въ клинику 16-го декабря 1883 года. Первыя регулы у больной появились на 15-мъ году и затѣмъ являлись правильно черезъ 4-хъ-недѣльные промежутки, безъ болей; продолжались 3—4 дня. Замужъ вышла 15-ти лѣтъ и черезъ 9 мѣсяцевъ родила благополучно, встала на 6-й день и послѣ родовъ была $4\frac{1}{2}$ года здорова. По разсказу больной, $2\frac{1}{2}$ года тому назадъ она снова забеременѣла, регулы прекратились, появились тошнота, рвота, но все-таки же три мѣсяца она чувствовала себя сносно. На четвертомъ мѣсяцѣ появились схваточныя боли въ низу живота, въ поясницѣ и въ лѣвомъ бедрѣ, и скоро больная сама замѣтила опухоль въ правой паховой области. Черезъ 2 недѣли появилось кровотеченіе, которое, сначала не сильное, потомъ усилилось, причемъ кровь шла сгустками. Это кровотеченіе продолжалось 6—7 дней, потомъ прекратилось, и опухоль живота стала уменьшаться постепенно въ объемѣ, такъ что мѣсяца черезъ два больная совершенно поправилась. Три мѣсяца тому назадъ регулы снова прекратились, у больной появлялась по утрамъ тошнота и рвота, но болей въ животѣ не было. Пять недѣль тому назадъ больная почувствовала боли (походящія на схватки) въ низу живота, поясницѣ и правомъ бедрѣ и чувство напиранія внизъ. Схватки сначала были не болѣе одного раза въ день, но продолжались очень долго,—часа по два—по три. Недѣли три тому назадъ больная замѣтила опухоль въ лѣвомъ паху, чрезвычайно болѣзненную; схваточныя же боли въ это время уменьшились.

Status praesens. Больная малаго роста и средняго тѣлосложенія; t° 38.5. Пульсъ 90. Дых. 20. При осмотрѣ, правая половина живота кажется нѣсколько выдающеюся, и на этомъ мѣстѣ прощупывается опухоль, лежащая

съ одной стороны нѣсколько выше spinae ilei ant. sup., а съ другой стороны пальца на два недоходящая до средней линіи живота.

Опухоль эта чрезвычайно болѣзненна, и вся правая наружная часть живота также болѣзненна, но меньше. Весь животъ представляется умѣренно вздутымъ. Наружные половые органы безъ измѣненій. Portio vaginalis разрыхлена, наружный зѣвъ пріоткрытъ, матка увеличена въ anteflexio, болѣзненна и трудно контурируется. Задній сводъ занятъ опухолью, имѣющею форму отрѣзка шара, довольно плотною, бугристою, мѣстами эластическою и мѣстами очень болѣзненною. Опухоль эта распространяется также і. на правый сводъ и составляетъ одно цѣлое съ опухолью, прощупываемую въ правой подчревной области снаружи. Изъ цервикальнаго канала выдѣляется слизисто-кровянистая масса бураго цвѣта, которая при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась состоящею изъ массы распада измѣненныхъ красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и изъ *цѣлыхъ группъ децидуальныхъ клѣтокъ*.

Теченіе болѣзни: 17-го декабря t° 37,6—37,7. Пульсъ 80. Дыханіе 20. Потугообразныя боли, длящіяся больше получаса. Выдѣленія нѣтъ никакого. Назначены: влагалищныя спринцеванія съ карболовою кислотою, клизма, согрѣвающій компрессъ на животъ. Extr. bellad. in suppositoriis.

18-го декабря: t° 37,2. Пульсъ 72. Дыханіе 20. Одинъ разъ днемъ была рвота. Небольшое кровотеченіе.

19-го декабря: t° 37,9—37,6. Пульсъ 84—90. Дыханіе 20. Утромъ рвота.

20-го декабря: t° 37,9. Пульсъ 80. Дыханіе 20. Слабило нѣсколько разъ. Опухоль задняго свода мягче. Движенія опухоли передаются на portio vaginalis.

21-го декабря: t° 37,6—37,3 пульсъ 90. Вздутіе живота меньше. Опухоль ясно прощупывается; кверху она съуживается, достигаетъ до уровня пупка и здѣсь удалена отъ linea alba на три поперечныхъ пальца, внизу же подходитъ совершенно къ средней линіи живота. Назначены души въ 28°.

Съ 22-го по 25-е декабря t° была нормальна. Поносъ. Боли уменьшались.

26-го декабря: t° 36,8 — 37,5. Пульсъ 80. Дыханіе 24. Опухоль менѣе чувствительна. Portio vaginalis обращена взадъ, разрыхлена. Тѣло матки опредѣляется въ переднемъ сводѣ. Опухоль задняго свода уменьшилась и несомнѣнно переходитъ въ прощупываемый чрезъ брюшныя стѣнки бугристый туморъ. Поносъ прекратился.

Съ 27-го декабря 1883 по 4-е января 1884 года состояніе больной безъ существенныхъ перемѣнъ; температура только вечеромъ достигала нѣсколько разъ 38°.

4-го января появилось кровотеченіе изъ матки. Животъ немного вздулся. Температура нормальна. Пульсъ 78. Задній сводъ свободнѣе, тѣло матки лучше контурируется, правый сводъ болѣзненъ.

Съ 5-го по 13-ое января кровотеченіе въ незначительной степени продолжалось. Опухоль праваго свода эластичнѣе; t° 37,5—8.

14-го и 15-го января: поносъ; t° нормальна.

Съ 16-го по 25-ое января поносъ прекратился; t° 37,3—37,8. Головныя боли. Кровотеченія и болей живота не было.

26-го января: t° 38,1—37,8. Снова боли въ поясницѣ и въ низу живота.

Опухоль праваго свода мѣстами плотна, мѣстами эластической консистенціи, но вообще менѣе эластична, чѣмъ прежде; задній сводъ значительно свободнѣе. Это ухудшеніе здоровья больной быстро уступило спокойному лежанію въ постели. Лихорадочнаго состоянія уже въ первыхъ числахъ февраля не было.

6-го февраля: Опухоль живота уменьшилась до размѣровъ апельсина. При наружномъ изслѣдованіи она представлялась плотною, бугристою, ощупывается черезъ правый и отчасти задній своды; она мѣстами была менѣе плотна и мѣстами эластична. Матка ясно контурировалась и опредѣлялась совершенно отдѣльно отъ опухоли, оттѣсненною влѣво.

Больная выписалась, при хорошемъ общемъ состояніи здоровья, 12-го февраля.

Приведенные случаи интересны, главнымъ образомъ, по своему счастливому исходу и весьма характерны для разбираемаго нами исхода трубной беременности съ образованіемъ haematocele retrouterina. Діагнозъ этихъ случаевъ не можетъ подлежать сомнѣнію, такъ какъ здѣсь, кромѣ признаковъ беременности, имѣлся на лицо самый убѣдительный, по Veit'y[377], діагностическій фактъ, а именно микроскопическимъ изслѣдованіемъ констатировано выдѣленіе частей deciduae verae изъ матки.

Первый случай замѣчателенъ по своему медленному теченію и повторностью перитонических явленій, что также, по изслѣдованіямъ Doran'a [96], Dumontpallier [100] и др., особенно характерно для haematocele ex gravid. extrauterina.

Второй случай интересенъ еще по своему анамнезу, въ которомъ, повидимому, имѣлись указанія на двукратное развитіе внѣматочной беременности у одной и той же больной. Хотя, правда, трудно полагаться вполнѣ на разсказъ больной, но подобное явленіе нельзя считать невѣроятнымъ, такъ какъ у Campbell'я и Parry [394] (p. 141) мы встрѣчаемъ цѣлый рядъ случаевъ повторнаго развитія внѣматочной беременности. Puech [309] полагаетъ, что повторная беременность встрѣчается почти одинаково часто, какъ нормальная беременность двойнями.

*Haematoma.* Этотъ третій исходъ разрыва трубы можетъ произойти, если беременная труба разорвется именно на томъ мѣстѣ своей периферіи, которое соотвѣтствуетъ мѣсту перехода на нее обоихъ листковъ ligam. lati. Тогда, по мнѣнію Lawson Tait'a, [13] Fränkel'я,[118] Veit'a [377] и другихъ, можетъ произойти кровоизліяніе въ интерлигаментарную клѣтчатку, и если развивавшееся яйцо при этомъ не повреждается *), то беременность даже можетъ продолжать свое развитіе и полу-

---

*) Въ случаяхъ Hun'a,[182] Masing'a,[430] Skinner'a[351] и двухъ случаяхъ Lowe[230—231], не смотря на разр[illegible] стѣнки трубы, констатирована на вскрытіи цѣлость плодныхъ оболочекъ.

чится внѣбрюшная внѣматочная беременность, какъ одинъ изъ исходовъ трубной беременности. Это интересное явленіе доказано патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ Schuchardt'a[315], описавшаго препаратъ, добытый въ случаѣ трубной беременности Ernst Fränkel'я. Изъ числа собранныхъ мною 118 случаевъ трубной беременности подобный исходъ наблюдался 7 разъ, причемъ 3 раза (въ случаяхъ Kaltenbach'a, [191] Lawson Tait'a,[211] Nicolini [277]) плодъ продолжалъ развиваться, помѣщаясь уже между листками широкой связки, 2 раза (въ случаяхъ Frommel'я, [122] Braithwaite) произведена вскорѣ лапаротомія и 2 раза (въ сл. Eugen Fränkel'я[116] и Ernst Fränkel'я[118]) этотъ исходъ закончился смертельно, вслѣдствіе кровотеченія. Такъ какъ изъ этихъ 7 случаевъ 5 подверглись оперативному леченію, то судить объ опасности этого исхода при естественномъ его теченіи трудно. Изъ этихъ семи случаевъ 2 окончились смертью безъ операціи, 2 послѣ операціи смертью и 3 послѣ операціи выздоровленіемъ.

*Вторичная брюшная беременность* тоже является иногда исходомъ разрыва трубы. Если мать переживаетъ послѣдствія кровотеченія, и при разрывѣ трубы не нарушается цѣлость послѣда и связь плода съ нимъ, то плодъ можетъ продолжать свое развитіе въ брюшной полости, какъ это было въ случаяхъ Hassler'a,[160] Kjönik'a,[195] Breisky, [5] Kochmann'a,[199] Holz'a[177] и Braithwaite [40b]; въ случаяхъ Freund'a и Alberson'a[3] плодъ, очевидно, не пережилъ разрыва. При дальнѣйшемъ своемъ теченіи, вторичная брюшная беременность похожа на первичную, и при ней наблюдаются тѣ же исходы. Изъ нашихъ 8 случаевъ 6 случ. окончились выздоровленіемъ и 2 смертью: въ 4 случаяхъ путемъ элиминаціи плода, 2 раза нагноеніемъ плода безъ прободенія сосѣднихъ органовъ, и 2 раза наблюдалось образованіе Lithopaedion'a. Безъ оперативнаго вмѣшательства изъ 5 случаевъ 4 окончились выздоровленіемъ и 1 смертью.

Хотя въ ряду исходовъ трубной беременности разрывъ плоднаго мѣшка занимаетъ, несомнѣнно, первое по частотѣ мѣсто и, какъ мы видѣли изъ нашихъ 118 случаевъ, громад-

ное большинство (93 случая) окончилось, если можно такъ выразиться, первоначально или окончательно разрывомъ, но все-таки теперь уже извѣстно въ наукѣ, что при трубной беременности и помимо разрыва наблюдаются слѣдующіе исходы:

1) *Ранняя смерть плода и обратное развитіе яйца.* Veit*) считаетъ этотъ исходъ единственнымъ вполнѣ благопріятнымъ для матери, но, повидимому, онъ наблюдается рѣдко и не совсѣмъ благопріятенъ. Самому Veit'у пришлось произвести лапаротомію, въ виду ухудшившагося состоянія здоровья больной въ подобномъ случаѣ. Кромѣ того, въ случаѣ Howitz'a, не смотря на смерть 3—4-недѣльнаго плода, страданія больной не прекратились и черезъ три мѣсяца произведена лапаротомія; въ случаѣ же Duncan'а ранняя смерть плода не помѣшала наступленію разрыва плоднаго мѣшка. Въ виду этихъ фактовъ едва ли можно согласиться вполнѣ съ вышеприведеннымъ оптимистическимъ взглядомъ Veit'а на этотъ исходъ.

2) *Трубная беременность* безъ разрыва можетъ развиваться до періода жизнеспособности и даже полной зрѣлости плода, т. е. она *можетъ быть доношенная.* Затѣмъ, послѣ смерти плода, могутъ наступить всѣ тѣ окончательные исходы, которые прежде считались возможными только для брюшной и яичниковой формы внѣматочной беременности. Изъ нашихъ 118 случаевъ мы имѣемъ 17 случаевъ этого рода, давшихъ въ результатѣ:

| | | |
|---|---|---|
| Нагноеніе плоднаго мѣшка и перитонитъ еще при жизни плода . . . . . . | 9 | разъ |
| Перитонитъ еще при жизни плода. . . | 3 | раза |
| Lithopaedion . . . . . . . . . . . . | 4 | „ |
| Элиминацію per rectum . . . . . . | 1 | разъ |

Эти — правда, небольшія—цифры имѣютъ весьма большое значеніе для характеристики разницы исходовъ доношенной

*) Veit. Die Eileiterschwangerschaft 1881, pag. 27.

трубной беременности и другихъ формъ внѣматочной беременности, особенно брюшной. Здѣсь обращаютъ на себя вниманіе: 1) сравнительно рѣдкое наступленіе элиминаціи; 2) довольно частое развитіе перитонита и нагноенія безъ прободенія стѣнокъ плоднаго мѣшка; 3) сравнительно частое развитіе литопедіоновъ (въ 23,5 % случаевъ), причемъ нужно обратить особенное вниманіе на то обстоятельство, что въ числѣ 4 упомянутыхъ окаменѣлыхъ плодовъ находятся самые эксвизитные случаи этого рода, а именно случаи Küchenmeister'а [201] и Sappcy'я [335], гдѣ плодъ безвредно оставался въ животѣ матери 56 — 57 лѣтъ. При брюшной беременности мы увидимъ совершенно противоположныя явленія: какъ самый частый исходъ, элиминацію плода и почти полное отсутствіе убѣдительныхъ случаевъ истинныхъ окаменѣлыхъ плодовъ.

Мнѣ кажется, что объясненіе этой рѣзкой разницы исходовъ названныхъ мною двухъ формъ внѣматочной беременности можно искать въ свойствахъ плоднаго мѣшка, такъ какъ мышечный мѣшокъ при трубной беременности можетъ болѣе противостоять процессамъ нагноенія и прободенія своихъ стѣнокъ, чѣмъ соединительно-тканное, часто не имѣющее даже собственныхъ стѣнокъ, вмѣстилище плода при брюшной беременности.

Изъ вышеизложеннаго относительно исходовъ собственно-трубной беременности слѣдуетъ, что въ большинствѣ случаевъ наблюдается ранній разрывъ трубнаго плоднаго мѣшка (93 раза въ 118 случаяхъ), результатомъ чего бываетъ чаще всего (54 раза) смертельное внутреннее кровотеченіе или haematocele (21 разъ), или вторичная беременность (8 разъ), или же haematoma и иногда подбрюшинная внѣматочная беременность (7 разъ). Гораздо рѣже (32 раза) трубная беременность достигаетъ болѣе позднихъ періодовъ своего развитія, иногда бываетъ даже вполнѣ доношенною и затѣмъ, послѣ смерти плода, оканчивается нагноеніемъ плоднаго мѣшка, перитонитомъ или образованіемъ истиннаго литопедіона и гораздо рѣже элиминаціей плода. Повидимому, очень рѣдко трубная

беременность можетъ окончиться раннею смертью плода и произвольнымъ запустѣніемъ яйца (Fruchttod по Veit'у).

Кромѣ того, какъ исключительно рѣдкій исходъ, наблюдался въ числѣ нашихъ 118 случаевъ трубной беременности разрывъ мочеваго пузыря на IV-мъ мѣсяцѣ беременности въ случаѣ Groedel'я и на VII мѣсяцѣ въ случаѣ Litzmann'а. Одинъ разъ (въ случаѣ Taylor'а) смерть больной обусловлена была кровотеченіемъ въ неповрежденный плодный мѣшокъ на VIII мѣсяцѣ беременности,—вѣроятно вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія послѣда.

## Смертность при собственно-трубной беременности.

Смертность при трубной беременности можетъ быть правильно опредѣлена только на основаніи нелеченныхъ случаевъ. Изъ нашихъ 118 случаевъ было 79 случаевъ, давшихъ безъ всякаго оперативнаго леченія 58 смертей *), что равняется съ лишкомъ 73% смертности, тогда какъ изъ 39 оперированныхъ больныхъ умерло 10, что составляетъ около 24% смертности. Изъ этого можно, повидимому, заключить, что оперативное леченіе этой формы внѣматочной беременности значительно понижаетъ смертность собственно-трубной беременности.

## Трубно-маточная беременность.

Graviditas tubo-uterina.

Эта форма трубной беременности описывалась прежде подъ различными названіями, которыя только отчасти могутъ считаться синонимами, какъ-то: gr. interstitialis, gr. in sub-

*) Въ это число не включены три случая литопедіона, гдѣ смерть не находилась въ зависимости отъ внѣматочной беременности (Rampin, Sappey, Küchenmeister'а).

stantia uteri, gr. muralis s. intramuralis, intercanalicularis (Küchenmeister).

На самомъ дѣлѣ всѣ эти названія обозначаютъ различныя патологическія формы беременности, которыя до сихъ поръ еще смѣшиваются съ трубно-маточною беременностью, не будучи иногда даже вовсе внѣматочною беременностью.

Въ эту группу относили случаи развитія яйца въ нормальныхъ боковыхъ вѣтвяхъ и дивертикулахъ фаллопіевой трубы (сл. Baudelocque *) и матки, случаи неполнаго разрыва стѣнки матки съ послѣдовательнымъ развитіемъ яйца въ грыжевомъ мѣшкѣ изъ покрывающей матку брюшины (Goodell[143], Steele[360]), и со времени Breschet'a для объясненія этихъ различныхъ случаевъ gr. in uteri substantia прибѣгали къ различнымъ гипотезамъ, думали, что яйцо развивается въ дивертикулѣ маточной стѣнки (Breschet и Meyer), или на мѣстѣ изъязвленія слизистой оболочки (Hodge **), и даже недавно Küchenmeister высказывалъ мысль, что „зародышъ можетъ, на подобіе echinococcus multilocularis, прокладывать себѣ искусственные пути въ паренхимѣ матки". Parry говоритъ, что „работа Breschet'a объ интерстиціальной беременности только задержала развитіе науки, и литература занимающаго насъ вопроса ничего бы не потеряла, если-бы Breschet не написалъ вовсе своей статьи, и, вѣроятно, давно бы случаи интерстиціальной беременности получили надлежащее названіе трубно-маточной беременности "(Parry [294], pag. 37). На самомъ-же дѣлѣ, благодаря работѣ Breschet'a, выяснено много интересныхъ и сложныхъ фактовъ изъ патологіи беременности.

Въ настоящее время доказано изслѣдованіями Doran'a ***) и др., что graviditas interstitialis въ большинствѣ случаевъ представляетъ беременность, развившуюся въ той части ка-

---

*) См. Hennig [169], pag. 411.

**) См. Parry [294], pag. 36.

***) Allan Doran. Interstitial or tubo-uterine gestation. Transact. Obst. Soc. London. 1882. Vol. XXIV, pag. 227.

нала трубы, которая проходитъ въ стѣнкѣ матки, и что эту форму легко смѣшать съ беременностью рудиментарнаго рога матки *).

Barnes [15] различаетъ два вида интерстиціальной беременности: 1) grav. tubo-uterina, если яйцо растетъ въ сторону полости матки и orif. tubae int. расширяется, и 2) grav. tubo-interstitialis, гдѣ яйцо при ростѣ своемъ направляется вдоль трубнаго канала кнаружи и orif. tubae int. совершенно закрывается. Это подраздѣленіе важно помнить при объясненіи возможности наступленія родовъ per vias naturales въ цѣломъ рядѣ случаевъ трубно-маточной беременности.

Изъ 22 собранныхъ мною случаевъ трубно-маточной беременности 15 разъ обозначенъ возрастъ больныхъ, причемъ оказывается, что въ возрастѣ отъ 26 до 29 лѣтъ было 7 женщинъ, въ возрастѣ отъ 30 до 37 лѣтъ было 8 женщинъ. Первый разъ беременныхъ было изъ 13 случаевъ, въ которыхъ имѣются необходимыя свѣдѣнія, только 2 (Burney, Maschka) и 11 повторнобеременныхъ. Эти послѣдніе случаи распредѣлялись такъ:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| во 2-й | разъ | беременныхъ | было | 4 |
| въ 3-й | „ | „ | „ | 3 |
| „ 4-й | „ | „ | „ | 1 |
| „ 5-й | „ | „ | „ | 1 |
| „ 6-й | „ | „ | „ | 1 |
| „ 8-й | „ | „ | „ | 1 |
| | | Всего | . . . . | 11 |

Изъ числа повторно-беременныхъ имѣли выкидыши 5 женщинъ:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| безъ | родовъ | 1 выкидышъ | 1 | разъ |
| послѣ 1 | родовъ | 1 „ | 1 | „ |
| „ 3 | „ | 1 „ | 1 | „ |
| „ 1 | „ | 4 выкидыша | 1 | „ |
| „ 3 | „ | 4 „ | 1 | „ |

*) Schräder въ послѣднемъ изданіи своего учебника акушерства (1884 г.) указываетъ на анатомическія различія этихъ двухъ видовъ ненормальной беременности.

Кромѣ того только въ пяти случаяхъ имѣлись еще слѣдующія ненормальности здоровья:

Большіе промежутки между 3 родами и 8-лѣтнее безплодіе передъ внѣматочною беременностью . . . . . . . . . . . . 1
Чахотка . . . . . . . . . . . . . 1
14 лѣтъ безплодія, продолжительное воспаленіе матки и кишекъ . . . . . . . . . 1
3 года безплодія . . . . . . . . . . . 1
1 трудные роды . . . . . . . . . . . 1

Симптомы трубно-маточной беременности представлены мною въ видѣ прилагаемой здѣсь таблицы, на основаніи которой мы можемъ составить себѣ нѣкоторое представленіе объ особенностяхъ теченія этой формы беременности.

**Таблица симптомовъ трубно-маточной беременности по мѣсяцамъ.**

| МѢСЯЦЫ. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Число наблюденій для каждаго мѣсяца. | 11 | 13 | 14 | 10 | 6 | 4 | 3 | 3 | 2 | 5 |
| **I. Общія и субъективныя явленія трубно-маточной беременности:** | | | | | | | | | | |
| Странныя ощущенія . . . . | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Сознаніе беременности . . . | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Обычные признаки беременности (тошнота рвота, и т. д. | 3 | 2 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — |
| Боли . . . . . . . . . . . | 2 | 1 | 3 | — | 1 | — | — | — | — | — |
| Отсутствіе признаковъ беременности . . . . . . . . | 3 | 3 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — |
| **II. Объективныя явленія. Перитонитъ.** | | | | | | | | | | |
| *а) Выдѣленія изъ матки.* | | | | | | | | | | |
| Прекращеніе регулъ . . . . | 10 | 9 | 6 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | — |

| МѢСЯЦЫ. | I | II | III | VI | V | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Число наблюденій для каждаго мѣсяца. | 11 | 13 | 14 | 10 | 6 | 4 | 3 | 3 | 2 | 5 |
| Кровотеченіе. . . . . . . . | 2 | 3 | 5 | 3 | — | — | — | — | — | 1 |
| Регулы продолжаются . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| *b) Состояніе матки:* | | | | | | | | | | |
| Увеличеніе матки. . . . . . | — | 1 | 6 | 4 | 1 | — | — | — | — | 1 |
| Смѣщеніе матки . . . . . . | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — | — |
| Сокращенія матки . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Матка не увеличена . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Матка не смѣщена . . . . . | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — |
| Decidua найдена въ маткѣ. . | — | — | 3 | — | 1 | — | — | — | — | — |
| Decidua выдѣлилась изъ матки. | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Decidua не найдена въ маткѣ. | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| *c) Опухоль (Плодный мѣшокъ):* | | | | | | | | | | |
| Опредѣлялась при изслѣдованіи. . . . . . . . . . . | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Величина опухоли . . . . . | — | — | 1 | 4 | 1 | — | — | 1 | — | — |
| Положеніе опухоли . . . . . | — | — | 1 | 4 | — | — | — | 1 | — | — |
| Чувствительность опухоли . . | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Decidua найдена въ плодномъ мѣшкѣ . . . . . . . . . | — | — | | — | 1 | — | — | — | — | — |
| Уменьшеніе опухоли замѣчено. | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 |
| *d) Измѣненія грудныхъ железъ.* | | | | | | | | | | |
| Молоко въ груд. железахъ. . | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — |
| *e) Явленія со стороны плода.* | | | | | | | | | | |
| Жизнь плода констатирована. | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 1 | — |
| Движенія плода " . | — | — | — | — | 3 | 2 | 3 | — | — | — |
| Плодъ родился живымъ . . . | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| Плодъ рожденъ мертвымъ . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Плодъ умеръ . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 |
| *f) Дѣйствительные роды. .* | — | — | — | 4 | 1 | 1 | — | — | — | 1 |
| Отхожденіе водъ . . . . . . | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| *g) Ложные роды . . . . .* | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| *h) Симптомы исключительные и рѣдкіе:* | | | | | | | | | | |
| Непрерывная рвота . . . . . | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |

Субъективное *сознаніе* совершившагося зачатія и обычные *признаки беременности* наблюдаются въ этой формѣ беременности съ перваго мѣсяца больше чѣмъ въ половинѣ случаевъ,—повидимому, чаще, чѣмъ при собственно-трубной беременности. Боли въ первые три мѣсяца ощущаются въ 8-ми или 21-мъ% случаевъ. Перитоническихъ явленій вовсе не наблюдалось.

Объективнымъ признакомъ бываетъ почти постоянно *прекращеніе регулъ*, при сравнительно рѣдкомъ *кровотеченіи* ex sexualibus (18%); но это послѣднее явленіе учащается довольно рѣзко въ послѣдующіе мѣсяцы беременности и на III мѣс. уже наблюдалось въ 30% случаевъ. Матка увеличена нерѣдко, и увеличеніе это замѣчается на III-мъ мѣсяцѣ беременности.

Вопреки мнѣнію Küchenmeister'a[201], полагающаго, что при интерстиціальной беременности не образуется *маточной decidua*e, я въ своихъ случаяхъ нашелъ, что присутствіе ея констатировано 4 раза въ маткѣ и, кромѣ того, выдѣленіе ея отмѣчено 2 раза.

*Измѣненіе грудныхъ железъ*, повидимому, рѣдко встрѣчается при этой формѣ беременности.

*Опухоль плоднаго мѣшка* представляетъ характерную особенность, выражающуюся тѣсною связью съ однимъ изъ угловъ матки, и опредѣлялось объективно по преимуществу на IV-мъ мѣсяцѣ.

Если беременность эта не оканчивается раннимъ разрывомъ плоднаго мѣшка, то съ V-го мѣсяца появляются *признаки жизни плода*.

Обыкновенно (40% случ.) на IV-мъ мѣс., иногда же позже и рѣдко на X-мъ мѣсяцѣ беременность эта заканчивается не ложными, а *дѣйствительными родами*, и только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ форму маточно-трубную, наблюдаются ложные роды.

**Таблица исходовъ трубно-маточной беременности.**

| № | Плодъ. | Исходы. | Операція. | Смерть или выздоровленіе. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | — | Разрывъ мѣшка на II мѣс. | — | См. | Macdonald 235. |
| 2 | — | Разрывъ мѣшка на II мѣс. | Лапаротомія. | » | Briddon 44. |
| 3 | — | Разрывъ мѣшка на III мѣс. | — | » | Habgood 153. |
| 4 | — | Разрывъ мѣшка на III мѣс. | — | » | Roberts 321. |
| 5 | — | Разрывъ мѣшка на III мѣс. | — | » | Rathgeb 314. |
| 6 | — | Разрывъ мѣшка на III мѣс. | — | » | Fitz 113. |
| 7 | — | Разрывъ мѣшка на IV мѣс. | — | » | Hull 181. |
| 8 | — | Разрывъ мѣшка на IV мѣс. | — | » | Cleveland 72. |
| 9 | — | Разрывъ мѣшка на V мѣс. | — | » | Maschka 251. |
| 10 | Плодъ почти доношенный. | Разрывъ мѣшка на IX мѣс. | Лапаротомія post mortem. | » | Пр.Крассовскій 424. |
| 11 | Плодъ умеръ рано. | Перитонитъ. Кровоизліяніе въ мѣш. и маточное кровотеченіе. | — | » | Leopold. 220. |

| № | Плодъ. | Исходы. | Операція. | Смерть или выздоровленіе. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 | Плодъ умеръ VIII мѣс. | Eliminatio per rectum. Истощеніе. Сепсисъ. | Retroextractio на 16-мъ мѣс. | См. | Janvrin 187. |
| 13 | Плодъ доношен. | Eliminatio per rectum черезъ 5 лѣтъ. | — | » | Chiari 69 a. |
| 14 | Плодъ IV мѣс. | Нормальные роды. | — | Вызд. | Williams 398. |
| 15 | Плодъ IV мѣс. | Нормальные роды. | — | » | Graham 148 a. |
| 16 | Плодъ IV мѣс. | Нормальные роды. | — | » | Graham 148 b. |
| 17 | Плодъ IV мѣс. | Нормальные роды. | — | » | Burney 51. |
| 18 | Плодъ IV мѣс. | Нормальные роды. | — | » | Janvrin 188. |
| 19 | Плодъ VI мѣс. | Роды нормальные на VI мѣс. | — | » | Smith 355. |
| 20 | Плодъ доношенный живой. | Роды нормальные въ срокъ. | Надрѣзъ стѣнки матки. | » | Gilbert 135. |
| 21 | Плодъ доношенный. | Lithopaedion. Разложеніе плода. Perforatio colonis. | Лапаротомія. | » | Dunnett 103. |
| 22 | Плодъ доношенный. | Разложеніе мѣшка и плода. | Лапаротомія. | » | Martin 248. |

Объ исходахъ трубно-маточной беременности можно, на основаніи приведенной таблицы, сдѣлать слѣдующее заключеніе:

Изъ 22 случаевъ 11 окончились разрывомъ мѣшка.
7 разъ родами per vias naturales.
3 „ элиминаціей плода.
1 „ разложеніемъ безъ элиминаціи.
Плоды въ возрастѣ отъ II—V мѣс.—15 разъ.
„ „ „ „ VI—IX „ — 3 раза
зрѣломъ — 4 „

Мы видимъ, слѣдовательно, что эта форма трубной беременности рѣже оканчивается разрывомъ, чѣмъ собственно-трубная, но чаще, чѣмъ gr.tubo-abd. (50°/₀); что плодъ достигаетъ чаще, чѣмъ при собственно-трубной, бо́льшаго развитія, и, наконецъ, мы здѣсь встрѣчаемъ исходъ для внѣматочной беременности совершенно исключительный, приближающій эту форму къ нормальной беременности, т. е. роды per vias naturales, что́, вѣроятно, происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, которые Barnes [15] называетъ gr. tubo-uterina.

Послѣ смерти плода, частичная элиминація его черезъ кишечный каналъ наблюдается въ 14°/₀ случаевъ, а въ 4°/₀ случаевъ разложеніе содержимаго плоднаго мѣшка безъ элиминаціи.

## Трубно-брюшная беременность.

Grav. tubo-abdominalis.

Сюда относятся тѣ случаи внѣматочной беременности, гдѣ яйцо остановилось и продолжало свое развитіе на слизистой оболочкѣ абдоминальнаго конца фаллопіевой трубы, или ея фимбрій, и, при дальнѣйшемъ развитіи беременности, хотя бо́льшая или меньшая часть послѣда развилась на этой же части трубы, остальная часть плоднаго мѣшка постепенно выпятилась и продолжала рости въ направленіи общей полости брюшины. Въ эту группу войдутъ, слѣдовательно:

1) Случаи, въ которыхъ яйцо, очевидно, развилось въ абдоминальномъ концѣ трубы.

2) Тѣ случаи, въ которыхъ, путемъ вскрытія или при операціи, констатировано прикрѣпленіе послѣда въ области абдоминальнаго конца трубы, и, наконецъ,

3) Многіе случаи вторичной брюшной беременности..

Относящихся сюда случаевъ описано въ болѣе новой литературѣ хотя и не особенно много, но они всѣ почти точно подтверждены анатомическимъ путемъ и съ этой стороны интересны, какъ достовѣрные факты, чего нельзя сказать о многихъ случаяхъ собственно-трубной беременности, окончившихся выздоровленіемъ. Эта болѣе точная діагностика трубно-абдоминальной беременности и дала возможность Bandl'ю[12] усомниться въ существованіи чистыхъ абдоминальныхъ и яичниковыхъ формъ беременности, которыя онъ относитъ всѣ къ трубно-брюшнымъ.

Нужно, однако, замѣтить, что случаи трубно-абдоминальной беременности хотя и даютъ возможность составить себѣ болѣе точное представленіе о теченіи этой формы, но такъ какъ эта аномалія положительно констатируется только при возможности анатомическаго изслѣдованія, т. е., главнымъ образомъ, на вскрытіи,—нужно остерегаться дѣлать выводы о смертельности и вообще свойственныхъ этому виду внѣматочной беременности исходахъ, такъ какъ мы ничего не знаемъ о случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ, и, основываясь только на смертельныхъ случаяхъ, получимъ, разумѣется, невѣрный и черезчуръ большой $^0/_0$ смертности, и, такимъ образомъ, на основаніи подобнаго вычисленія, мы бы пришли къ совершенно неправильному заключенію о крайне плохомъ прогнозѣ для этого вида, хотя логически нужно и можно было ожидать совершенно обратное, если бы мы имѣли возможность опредѣлять трубно-брюшную беременность при жизни больныхъ и имѣли бы возможность включить въ нашу статистику, кромѣ смертельныхъ случаевъ, также и тѣ, которые окончились выздоровленіемъ.

Пока же это невозможно, и мы принуждены изучать, на

основанія статистики, только тѣ факты, которые важны для клиники, этіологіи и патологической анатоміи; объ исходахъ же и смертности судить только съ вышеприведенными оговорками.

Мнѣ удалось найти въ литературѣ послѣднихъ 10 лѣтъ 48 случаевъ этого вида внѣматочной беременности, и я ихъ опишу такъ же, какъ это сдѣлано мною, по примѣру Hecker'a и Hennig'a, со случаями graviditatis tubariae propriae.

Возрастъ и предшествующія обстоятельства представляютъ почти тѣ же явленія, какъ и для собственно-трубной беременности. Вотъ эти данныя:

Въ 47 случаяхъ возрастъ обозначенъ 41 разъ:
возрастъ отъ 24—29 лѣтъ наблюдался 8 „
„ „ 30—39 „ „ 28 „
„ „ 40—44 „ „ 5 „

35 разъ отмѣчены различныя гинекологическія болѣзни, и 31 разъ имѣются свѣдѣнія о предшествовавшихъ беременностяхъ.

Первобеременныхъ и при этой формѣ гораздо меньше, чѣмъ повторнобеременныхъ: въ первый разъ забеременѣвшихъ внѣматочно было только три женщины: одна изъ нихъ имѣла до 30-лѣтняго возраста неправильныя регулы (случай Blix-Netzel'я [33]); вторая (случай G. Thomas'a [1261])—нерожавшая до 35 лѣтъ, хотя нѣсколько лѣтъ была замужемъ; третій случай описанъ Кузнецкимъ: женщина, начавшая менструировать съ 13 лѣтъ, забеременѣла первый разъ на 36 году.

До внѣматочной беременности одинъ выкидышъ у нерожавшихъ наблюдался. . . . . . . . . . 3 раза.
Повторно-беременныхъ было. . . . . . . 28 разъ.

Отношеніе перво-и-повторнобеременныхъ было 1:10, т. е. отношеніе это рѣзко выражаетъ преобладаніе многорожающихъ среди заболѣвающихъ трубно-брюшною беременностью.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Во 2-ой | разъ | беременныхъ | было | 8 |
| Въ 3-ій | „ | „ | „ | 7 |
| „ 4-ый | „ | „ | „ | 4 |
| „ 5-ый | „ | „ | „ | 3 |
| „ 6-ой | „ | „ | „ | 3 |
| „ 7-ой | „ | „ | „ | 1 |
| „ 9-ый | „ | „ | „ | 1 |
| „ 12-ый | „ | „ | „ | 1 |
| Нѣсколько разъ | „ | „ | „ | 1 |

Имѣвшихъ до трубно-брюшной беременности:

1 преждевременные роды. . . . . 1

на УШ мѣсяцѣ:

| | | |
|---|---|---|
| 1 роды и 3 выкидыша | . . . . | 1 |
| 2 „ | . . . . . | 1 |
| 3 родовъ и 2 „ | . . . . . | 1 |
| 9 „ „ 2 „ | . . . . . | 1 |
| 5 „ „ 3 „ | . . . . . | 1 |

Мы видимъ, слѣдовательно, нѣкоторое преобладаніе II и III беременныхъ, какъ и при трубной беременности, и находимъ, что среди 31 женщины было 9 перенесшихъ предварительно отъ 1-го до 3-хъ выкидышей (около 30%).

Болѣе или менѣе продолжительная пауза въ забеременѣваніи отмѣчена въ анамнезѣ 12 женщинъ изъ общаго числа 47, причемъ продолжительность этой паузы была:

| | | |
|---|---|---|
| 2 года . . . . . | 1 | разъ. |
| 3 „ . . . . . | 1 | „ |
| 4 „ . . . . . | 1 | „ |
| 5 лѣтъ . . . . . | 1 | „ |
| 6 „ . . . . . | 2 | раза |
| 7—8 „ . . . . . | 1 | разъ |
| 9 „ . . . . . | 1 | „ |
| 10 „ . . . . . | 1 | „ |
| 12 „ . . . . . | 1 | „ |
| Нѣсколько „ . . . | 1 | „ |

Въ 30% случаевъ трубно-брюшной беременности наблюдается, слѣдовательно, предшествующее безплодіе съ продолжительностью отъ 2 до 12 лѣтъ.

Кромѣ того, изъ 47 беременныхъ у 7 только имѣются указанія на предшествовавшія внѣматочной беременности страданія половыхъ органовъ:

| | |
|---|---|
| Неправильность регулъ . . . . . . . . . . . | 1 разъ. |
| Регулы были слабы и болѣзненны . . . . . . . | 1 „ |
| Регулы обильны . . . . . . . . . . . . . | 1 „ |
| Dysmenorrhoea и anteflexio uteri. . . . . . . | 1 „ |
| Dysmenorrhoea и трудные роды . . . . . . . . | 1 „ |
| Хронич. гнойный эндометритъ. . . . . . . . | 1 „ |
| Выпаденіе влагалища и гипертрофія шейки матки . | 1 „ |

Итакъ, прямыя указанія на предшествующія трубно-брюшной беременности гинекологическія страданія вообще очень скудны, но довольно часто наблюдаемое безплодіе и выкидыши служатъ довольно убѣдительными доказательствами ненормальнаго состоянія половыхъ органовъ въ моментъ наступленія внѣматочной беременности.

Симптомы трубно-абдоминальной беременности я такъ же, какъ и для собственно-трубной, ради большей наглядности, представляю въ видѣ таблицы, по мѣсяцамъ беременности.

**Таблица симптомовъ трубно-брюшной беременности по мѣсяцамъ.**

| МѢСЯЦЫ. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Число наблюденій для каждаго мѣсяца. | 25 | 28 | 21 | 17 | 13 | 7 | 8 | 10 | 11 | 11 |
| Симптомы: | | | | | | | | | | |
| Общія и субъект. явленія: | | | | | | | | | | |
| Лихорадочное состояніе . . . | — | — | — | 3 | — | — | — | 2 | — | — |
| Обычн. признаки беремен. . | 3 | 3 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Сознаніе беременности . . . | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Боли . . . . . . . . . . . . | 10 | 13 | 5 | 5 | 1 | 1 | — | 2 | 2 | — |

| МѢСЯЦЫ. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Число наблюденій для каждаго мѣсяца. | 25 | 28 | 21 | 17 | 13 | 7 | 8 | 10 | 11 | 11 |
| Объективныя явленія: | | | | | | | | | | |
| Перитонитъ . . . . . . . . | 2 | 2 | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Выдѣленія изъ матки: | | | | | | | | | | |
| Прекращеніе регулъ . . . . | 21 | 19 | 13 | 11 | 8 | 4 | 5 | 3 | 3 | — |
| Кровотеченіе изъ половыхъ органовъ . . . . . . . . | 2 | 2 | 4 | — | 1 | 2 | — | — | — | — |
| Непрекращеніе регулъ . . . | 2 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Возобновленіе регулъ . . . . | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — |
| Состояніе матки: | | | | | | | | | | |
| Увеличеніе матки . . . . . | — | 1 | 1 | 4 | 1 | — | 1 | — | 3 | 1 |
| Смѣщенія матки . . . . . . | — | — | — | — | — | 2 | — | — | 3 | — |
| Матка не увеличена . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| „ не смѣщена . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Decidua находилась въ маткѣ . | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| „ выдѣлилась изъ матки. | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — |
| Опухоль (плодный мѣшокъ). | | | | | | | | | | |
| Опредѣленіе опухоли . . . . | — | 3 | 3 | 3 | — | — | 1 | — | — | 1 |
| Величина „ . . . . | — | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Положеніе „ . . . . | 1 | 2 | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Постеп. ростъ „ . . . . | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — |
| Увеличеніе „ . . . . | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 | — |
| Измѣненія въ грудн. железахъ. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Явленія со стороны плода: | | | | | | | | | | |
| Жизнь плода констатирована . | — | — | — | — | — | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Движенія плода „ . | — | — | — | — | 9 | — | — | — | — | — |
| Смерть плода наступила . . . | — | — | — | 1 | — | — | 1 | 1 | 3 | 1 |
| Плодъ убитъ . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Признаки давленія на органы таза. | | | | | | | | | | |
| Разстройства мочеиспусканія. | — | 2 | — | 1 | — | — | — | — | — | — |
| Разстройства дефекаціи: | | | | | | | | | | |
| Запоръ . . . . . . . . . | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Ложные роды . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 7 |
| Явленія рѣдкія, исключительныя. | | | | | | | | | | |
| Неукротимая рвота . . . . | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Обмороки . . . . . . . . . | — | — | 1 | 1 | 1 | 1 | — | — | — | — |

Изъ приведенной таблицы симптомовъ видно, что при трубно-абдоминальной формѣ беременности субъективное *сознаніе* совершившагося зачатія наблюдалось довольно рѣдко: въ 4% случаевъ.

*Признаки же беременности* чаще появлялись—въ 12% случаевъ.

*Боли* ощущаются больными въ первые же мѣсяцы беременности довольно часто: въ 40—46% случаевъ. Характеръ этихъ болей большею частью спазмотическій; но такъ какъ иногда наблюдаются въ первые же два мѣсяца беременности явленія перитонита, то и боли въ этихъ случаяхъ имѣютъ воспалительный характеръ.

*Регулы* при этой формѣ беременности почти постоянно вполнѣ *прекращаются* въ 84% случаевъ; съ другой стороны, персистирующія регулы и патологическія кровотеченія изъ половыхъ органовъ составляютъ довольно рѣдкое явленіе и наблюдались въ 4—19% случаевъ.

*Матка* въ первые мѣсяцы беременности только рѣдко наблюдалась увеличенною—въ 3% случаевъ, но на IV-мъ мѣсяцѣ мы встрѣчаемъ ее увеличенною въ 24% случаевъ.

Смѣщеніе матки наблюдалось только во второй половинѣ беременности.

*Decidua* образуется и наблюдалась въ 55% случаевъ, выдѣленіе же ея произошло 3 раза на 22 случая—одинъ разъ на III и 2 раза на IX мѣсяцѣ.

Внѣматочный *плодный мѣшокъ* прощупывался въ видѣ опухоли уже на II-омъ мѣсяцѣ беременности въ 10% случаевъ.

*Измѣненія грудныхъ железъ*, повидимому, очень рѣдко наблюдаются, и то только въ концѣ трубно-абдоминальной беременности.

Съ V-го мѣсяца беременности наблюдаются *признаки жизни плода* въ тѣхъ случаяхъ, когда беременность достигаетъ до этого времени, и *движеніе плода* составляетъ *самый постоянный признакъ* его жизни и наблюдалось въ 70% случаевъ.

5

*Смерть плода*, если беременность не закончилась раннимъ разрывомъ мѣшка, наблюдалась въ 28% случаевъ на IX мѣсяцѣ; чаще она наступаетъ, повидимому, въ болѣе ранніе мѣсяцы и рѣже въ срокъ окончанія беременности.

Изъ этого видно, что не существуетъ прямой связи смерти плода съ *ложными родами*, наблюдающимися обыкновенно въ 64% случаевъ въ срокъ окончанія беременности.

*Разстройство мочеиспусканія* наблюдалось только въ 7% случаевъ на II-мъ мѣсяцѣ беременности.

Обыкновенно наблюдаемая въ началѣ беременности *рвота* имѣла характеръ неукротимой 1 разъ на II и III мѣсяцахъ беременности.

**Исходы gr. tubo-abdominalis ранняго періода съ I—V мѣсяца беременности *).**

Смертельный разрывъ плоднаго мѣшка наступилъ:

| | | |
|---|---|---|
| Рано . . . . . . | 2 раза. | |
| На II-мъ мѣсяцѣ. . | 6 разъ. | |
| „ III-мъ . . . . | 4 раза. | |
| „ IV-мъ . . . . | 4 „ | |
| „ V-мъ . . . . | 2 „ | |
| Въ нѣсколько разъ между II и V мѣсяц. | 1 разъ. | |
| Смерть послѣ punctio отъ плацентарнаго кровотеченія на III мѣсяцѣ . . | 1 разъ | (Barbour). |
| Смерть послѣ Laparotomia при явленіяхъ заворота кишекъ на III мѣс. . | 1 „ | (Obalinski). |
| Выздоровленіе послѣ Laparotomia на III мѣсяцѣ. | 1 „ | (Veit). |

*) Мои 47 случаевъ трубно-брюшной беременности значатся въ литературномъ указателѣ подъ №№ 14, 33, 69b, 82, 86, 96, 100, 102d, 115, 116b, 119, 126—l, 134, 139, 159, 162, 168, 171, 176, 186, 217, 243, 250, 261, 268—a—b—c, 270, 271, 272, 274, 282, 283, 311, 326, 334, 340, 359, 368, 378, 416, 419a 428, 438, 444, 446, 453a.

## Исходы grav. tubo-abdominalis.

### Случаи поздняго періода.

| № | Плодъ. | Первоначальный исходъ беременности. | Послѣдовательный исходъ. | Операція. | Смерть или выздоровленіе. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Плодъ умеръ послѣ V-го мѣсяца. | Lithopaedion. | Eliminatio per rectum черезъ 3 года и 3 мѣс. | — | Смерть истощеніе. | Müller I. |
| 2 | Плодъ убитъ въ концѣ беременности. | Lithopaedion. | Послѣдов. беременность. Искусст. выкид. Сепсисъ. Perforatio interstini. | Kolpotomia. | См. | Müller II. |
| 3 | Плодъ почти доношенный умеръ. | Нагноеніе мѣшка. Сепсисъ. Haematoma placentae. | — | Laparotomia. | См. | Müller III. |
| 4 | Плодъ умеръ доношенный. | Перитонитъ. | — | — | См. | Rainaldi. |
| 5 | Плодъ умеръ доношенный. | Разложеніе въ мѣшкѣ. | — | Laparotomia. | См. | Fränkel. |
| 6 | Плодъ умеръ доношенный. | Перитонитъ. | — | — | См. | Schonoover. |
| 7 | Плодъ умеръ на VII мѣсяцѣ. | Перитонитъ. | — | — | См. | Сутугинъ. |
| 8 | Плодъ умеръ на X мѣсяцѣ. | Перитонитъ. | — | — | См. | Тарновскій. |
| 9 | Плодъ умеръ на VIII мѣсяцѣ. | Перитонитъ. | — | — | См. | Schröder. |
| 10 | Плодъ умеръ доношенный. | Перитонитъ. | — | — | См. | Francis. |
| 11 | Плодъ умеръ на IV мѣсяцѣ. | Перитонитъ. (Явленія холеры). Піэмія. | — | — | См. на XI мѣс. | Legendre. |

| № | Плодъ. | Первоначальный исходъ беременности. | Послѣдовательный исходъ. | Операція. | Смерть или виздоровленіе. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | Плодъ умеръ на X мѣсяцѣ. | Разложеніе въ мѣшкѣ. Перитонитъ. | — | Laparotomia. Плацентарное кровотеченіе. | См. | Netzel. |
| 13 | Плодъ умеръ послѣ V мѣсяца. | Lithopaedion. | Явленія ущемленія кишокъ черезъ 7 лѣтъ. | Laparotomia. | См. | Notta Maurice. |
| 14 | Плодъ почти доношенн. живой. | — | — | Laparotomia, prim. | См. отъ пл. кровот. | Heywood Smyth. |
| 15 | Плодъ жив. и доношенный. | -- | — | Laparotomia. prim. | См. отъ пл. кровот. | Netzel. |
| 16 | Плодъ мертвый. | Перитонитъ. | | Леченіе различн. способами. | См. | Duncan. |
| 17 | Плодъ умеръ на IV мѣс. | Lithopaedion. | Eliminatio per vaginam et ves. urin. | — | См. отъ истощен. | Monnier. |
| 18 | Плодъ доношенный. | Разрывъ мѣшка на X мѣсяцѣ. Перитонитъ. | | — | См. | Живописцевъ. |
| 19 | Ранняя см. плода. | Lithopaedion. | Черезъ 2 года перитонитъ отъ случайной причины. | — | См. случайная. | Blix и Netzel. |
| 20 | — | Lithopaedion 50 лѣтъ. | — | — | См. случ. | Chiari. |
| 21 | Смерть плода на IV—V мѣсяцѣ. | Haematocele. | Haematoma placentae. | Punctio. | См. | Hartmann. |
| 22 | Почти доношенный мертвый плодъ. | Lithopaedion. | — | Laparokelyphoektomia. | Вызд. | Кузнецкій I. |
| 23 | — | Lithopaedion 12 лѣтъ. | Разложеніе въ плодномъ мѣшкѣ. Хроническій перитонитъ. | Тоже. | Вызд. | Martin. |
| 24 | Плодъ умеръ, доношенн. | Разложеніе въ мѣшкѣ. Сепсисъ. | — | Laparotomia. | Вызд. | Rosenthal. |
| 25 | Плодъ мертвый. | Перитонитъ. | | — | См. | Decaudin. |

Изъ прилагаемой таблицы исходовъ видно, что 47 случаевъ трубно-брюшной беременности окончились:

| | | |
|---|---|---|
| раннимъ разрывомъ плоднаго мѣшка . . . . | 21 | разъ |
| нагноеніемъ плоднаго мѣшка и перитонитомъ. | 15 | „ |
| элиминаціей . . . . . . . . . | 3 | разъ. |
| haemotocele . . . . . . . . . | 1 | разъ. |
| lithopaedion . . . . . . . . . | 1 | „ |
| послѣ операціи . . . . . . . . | 6 | „ |

Въ этомъ спискѣ исходовъ характерно выражено сходство этой формы беременности какъ съ брюшною, такъ и съ собственно-трубною беременностью.

Съ послѣднею формой трубно-абдоминальная форма сходна по довольно частому наступленію ранняго разрыва плоднаго мѣшка, который, впрочемъ, здѣсь наступаетъ абсолютно рѣже, чѣмъ при собственно-трубной формѣ (22 раза на 47 сл.=46%), по рѣдкости элиминаціонныхъ процессовъ и сравнительной частотѣ нагноенія и перитонита безъ перфораціи стѣнки мѣшка и, наконецъ, по возможности дать въ результатѣ истинный Lithopaedion (сл. Chiari). Подобно же брюшной беременности при трубно-абдоминальной формѣ плодъ чаще, чѣмъ при собственно-трубной, достигаетъ болѣе полнаго развитія. Изъ нашихъ 47 случаевъ 14 разъ плоды были жизнеспособны (31%).

На этомъ основаніи съ полнымъ правомъ можно считать трубно-абдоминальную беременность переходною формою между собственно-трубною и брюшною внѣматочною беременностями.

## Трубно-яичниковая беременность. Graviditas tubo-ovarialis.

Хотя эта форма беременности обыкновенно причисляется къ трубно-абдоминальной, я здѣсь считаю не лишнимъ выдѣлить ее въ отдѣльную группу, въ виду измѣнившихся на нее взглядовъ новѣйшихъ авторовъ. Трубно-яичниковая беременность можетъ быть, по первоначальному своему развитію, либо яичниковою, либо трубною.

Vulliet [382] описалъ недавно одинъ случай этой формы беременности и предполагаетъ, что беременность развилась въ предсуществовавшей кистѣ яичника, полость которой сообщалась съ проходимымъ каналомъ трубы (трубно-яичниковая киста).

Для объясненія зачатія, онъ допускаетъ въ стѣнкѣ кисты сохранившуюся нормальную ткань яичка, давшую при овуляціи яйцо, оплодотворенное въ самой полости кисты.

При описаніи другаго случая трубно-яичниковой беременности, оперированной Schröder'омъ, Beaucamp [30] объясняетъ развитіе беременности подобнымъ же образомъ: онъ допускаетъ возможность предсуществовавшаго слѣпаго мѣшка образованнаго яичникомъ и фаллопіевою трубою (Ovarialtube). Въ виду этихъ заявленій нельзя, мнѣ кажется, въ настоящее время признавать трубно-яичниковую беременность только какъ результатъ послѣдовательныхъ воспалительныхъ сращеній трубы и яичника вслѣдствіе роста плоднаго мѣшка, развившагося первоначально на почвѣ яичника или въ абдоминальномъ концѣ трубы.

Хотя до сихъ поръ число случаевъ трубно-оваріальной формы беременности очень невелико, но, чтобы получить сравнимыя данныя съ другими формами беременности, я все-таки же счелъ не лишнимъ изложить ихъ отдѣльно, подвергнувъ аналогической съ другими формами внѣматочной беременности обработкѣ симптомовъ и исходовъ трубно-яичниковой беременности.

Всѣхъ случаевъ трубно-яичниковой беременности мнѣ удалось найти въ литературѣ послѣдняго времени 11: Gilbert'a [136], Wheeler'a [365], Berry [28], Mansell-Moullin'a [241], Lusk'a [233], Villiet'a [282], Enerström'a [109], Campbell'a [52], Billroth'a [32], проф. Крассовскаго [422] и Beaucamp [30].

Сначала разсмотрю предшествовавшія внѣматочной беременности обстоятельства (antecedentia по Hecker'у).

Изъ 10 случаевъ въ возрастѣ отъ 21—29 было 3 больн.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Изъ 10 случаевъ въ возрастѣ отъ | 21—29 | было | 3 | больн. |
| | 30—36 | „ | 6 | „ |
| | 44 „ | „ | 1 | „ |

Предшествующія внѣматочной беременности обстоятельства выражались слѣдующимъ образомъ:

| | |
|---|---|
| Первобеременныхъ . . . . . . . . . . | 3 |
| I берем. на 31 году . . . . . . . . . | 1 |
| I берем. послѣ 11-лѣтн. безплод. замужества . | 1 |
| I берем. на 36 году послѣ 11-лѣтн. безплод. замужества, регулы всегда обильны . . | 1 |
| Повторнобеременныхъ . . . . . . . . | 7 |
| II-ой разъ берем. послѣ 1 выкидыша, послѣ котораго тифъ и спазмотическія боли во время регулъ. . . . | 1 |
| II-ой разъ берем. послѣ 1 родовъ и 6—9 лѣтняго безплодія, регулы всегда неправильны, болѣзненны. Было воспаленіе въ тазу съ обостреніями и колики. . . . . . . . . . . | 1 |
| II-ой разъ берем. 44 лѣтъ послѣ 1 род. и 23 лѣтъ безплодія . . . . . . . | 1 |
| II-ой разъ берем. послѣ 1 род. и 12 лѣтъ безплодія. . . . . . . . . . . . | 1 |
| III-ой разъ берем., регулы съ 12-ти лѣтъ всегда съ болью и рвотою . . . | 1 |
| V-ый разъ берем. послѣ 4 род., изъ которыхъ 2 раза родились мертвыя дѣти; регулы всегда неправильны, съ болью и коликами. . . . . . . | 1 |
| Нѣсколько разъ берем. 33 лѣтъ. . . . . | 1 |

Изъ 10 случаевъ, слѣдовательно, у 8 женщинъ имѣлись въ анамнезѣ ясныя указанія на предшествующее внѣматочной беременности ненормальное состояніе половыхъ органовъ.

Изъ 9 было 6 повторно и 3 первобеременныхъ.

Симптомы этой беременности представлены такъ же, какъ и для другихъ формъ трубной беременности, въ видѣ слѣдующей таблицы.

## Таблица симптомовъ трубно-яичниковой беременности по мѣсяцамъ.

| МѢСЯЦЫ. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Число наблюденій для каждаго мѣсяца трубн. беремен. | 7 | 7 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 |
| **I. Общія и субъективныя явленія.** | | | | | | | | | | |
| Лихорадочное состояніе. . . | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Обычные признаки беременности (рвота и т. п.). . . . | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Боли (колики и molimina menstrualia и т. п.). . . . . . | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Отсутствіе признаковъ беременности . . . . . . . . | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| **II. Объективныя явленія.** | | | | | | | | | | |
| II. Перитонитъ . . . . . . | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *a) Выдѣленія изъ матки.* | | | | | | | | | | |
| Отсутствіе регулъ. . . . . | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Кровотеченія. . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 |
| Регулы продолжаются . . . . | 2 | 2 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| *b) Состояніе матки.* | | | | | | | | | | |
| Матка увеличена . . . . . . | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| „ смѣщена. . . . . . | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — |
| „ чувствительна . . . . | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Зѣвъ и цервикальный каналъ открыты . . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Матка не увеличена . . . . | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| „ не смѣщена . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Decidua находится въ маткѣ. | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — |
| Decidua выдѣлилась изъ матки. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| *c) Опухоль (плодн. мѣшка).* | | | | | | | | | | |
| Опредѣляется и изслѣдована . | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — |

| МѢСЯЦЫ. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Число наблюденій для каждаго мѣсяца трубн. беремен. | 7 | 7 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 |
| *Измѣненія грудныхъ железъ* . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Гипертрофія . . . . . . . . | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — |
| Молоко въ грудяхъ. . . . . | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| *Явленія со стороны плода:* | | | | | | | | | | |
| Величина плода. . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Движенія плода. . . . . . . | — | — | — | — | 2 | 1 | — | — | — | — |
| Части плода прощупываются . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Части плода не прощупываются. | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — |
| Жизнь плода опредѣлена . . | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Плацентарный (маточный) шумъ . . . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Смерть плода. . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| *Потуги* . . . . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 |
| *Ложные роды* . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 3 |
| *Рѣдкія явленія:* | | | | | | | | | | |
| Обмороки . . . . . . . . . | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |

Приведенная таблица дастъ возможность судить о частотѣ главнѣйшихъ симптомовъ данной формы беременности.

Субъективные *признаки* наступившаго *зачатія* наблюдались изъ 7 случаевъ только 1 разъ на II-мъ мѣсяцѣ беременности (14%); чаще наблюдаются *боли* спазмотическаго характера въ видѣ коликъ и рѣже перитонеческаго свойства уже на первомъ мѣсяцѣ беременности (въ 30% случаевъ).

Изъ объективныхъ явленій *регулы* съ перваго же мѣсяца перестаютъ появляться въ 57% случаевъ; патологическихъ же кровотеченій не было вовсе въ разбираемыхъ нами случаяхъ, но регулы персистировали въ 28% случаевъ.

*Матка*, повидимому, довольно рѣдко увеличивается при этой формѣ беременности, хотя *образованіе deciduae* замѣчено на IV мѣсяцѣ и выдѣленіе ея наблюдалось при ложныхъ родахъ на X мѣсяцѣ.

*Гипертрофія грудныхъ железъ* наблюдается, повидимому, довольно часто на IV мѣсяцѣ, такъ какъ она отмѣчена изъ 3 случаевъ въ 2, и, кромѣ того, молоко въ грудныхъ железахъ оказалось на VII мѣс. беременности въ одномъ изъ 3 случаевъ.

*Плодный мѣшокъ* объективно опредѣлился уже на III мѣсяцѣ въ видѣ опухоли, не находящейся въ тѣсной связи съ маткою и расположенной экстрамедіанно въ полости живота.

*Признаки жизни плода* наблюдались начиная съ V-го мѣсяца, и смерть плода обыкновенно наступаетъ при срочныхъ ложныхъ родахъ.

## Исходы трубно-яичниковой беременности.

| №. | Плодъ. | Исходы. | Операція. | Смерть или выздоров. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | — | Разрывъ мѣшка на II мѣс. | — | см. | Gilbert. |
| 2. | — | Разрывъ мѣш. на III мѣс. | — | см. | Wheeler. |
| 3. | — | Разрывъ мѣш. на III мѣс. | — | см. | Berry. |
| 4. | — | Разрывъ мѣш. на IV мѣс. | — | см. | Mansell Moullin. |
| 5. | Плодъ VI мѣс. | Разрывъ мѣш. на VII мѣс. | — | см. | Vulliet. |
| 6. | Плодъ IX мѣс. | Перитонитъ на X мѣс. | — | см. | Enerström. |
| 7. | Пл. доношенный. | Истощеніе, водянка, отекъ легкихъ черезъ 7 мѣс. послѣ срока. | — | см. | Campbell. |
| 8. | Пл. VIII—IX мѣс. | Перитонитъ послѣ срока. | Лапароке ли-фоектомія. | выздор. | Billroth. |
| 9. | Пл. VII мѣс. | Разложеніе мѣшка, сепсисъ. | Лапарокели-фоектомія. | см. | Beaucamp. |
| 10. | — | — | Ранняя лапаротомія. | выздор. | Lusk. |
| 11. | Плодъ ум. послѣ пункціи. | На IV мѣсяцѣ. | Punctio. | вызд. | Проф. Красовскій. |

Мы здѣсь имѣемъ, слѣдовательно, исходы трубно-яичниковой беременности:

| | | |
|---|---|---|
| Ранняго разрыва. . . . . . | 4 | раза |
| Перитонитъ и разложеніе . . | 6 | разъ |
| Выздоровленіе послѣ пункціи . | 1 | „ |

Въ виду малочисленности, можно, пожалуй, воздержаться отъ всякихъ выводовъ, но все-таки же и здѣсь оправдывается предположеніе о вліяніи свойства плоднаго мѣшка на окончательный исходъ. Здѣсь при предсуществующемъ мѣшкѣ также элиминація не наблюдалась вовсе, на чтò уже указалъ Vulliet.

## Яичниковая беременность.

При яичниковой беременности оплодотворенное въ граафовомъ фолликулѣ яйцо развивается дальше насчетъ ткани самаго яичника. Эта форма беременности, какъ мы уже видѣли раньше, долго отвергалась цѣлымъ рядомъ ученыхъ; даже Bischoff, самъ впервые доказавшій возможность оплодотворенія на яичникѣ, сомнѣвался въ существованіи яичниковой беременности. Но въ настоящее время всѣ эти сомнѣнія устранены, такъ какъ желаніе Hecker'a, имѣть случай свѣжій, типическій и относящійся къ раннему періоду беременности, сбылось и Puech'омъ [307] въ 1878 году описано вполнѣ убѣдительное наблюденіе: На вскрытіи убитой своимъ мужемъ женщины найдена въ лѣвомъ яичникѣ киста величиною съ вишню, поверхность которой была желтаго цвѣта и сосудиста. Внутри кисты находилась оболочка, снабженная ворсинками, похожими на chorion, отдѣленная отъ наружной оболочки кисты кровянистою жидкостью. Внутренняя поверхность этой второй оболочки была выстлана сосудистою тканью, особенно обильно развитою на одномъ мѣстѣ, гдѣ находился полушарообразный сосокъ, въ 10 и 9 mm діаметра. Сосокъ этотъ представлялъ полость, содержащую свѣтлую серозную жид-

кость и зародышъ въ одинъ миллиметръ длины.

Лѣвая фаллопіева труба была совершенно свободна и проходима; желтое тѣло найдено въ правомъ яичникѣ.

За послѣднее время не только несомнѣнно констатированъ фактъ существованія яичниковой беременности, но также неоднократно пересмотрѣна и окритикована болѣе старая казуистика, а также установлены анатомическіе критеріи, необходимые для доказательства яичниковаго происхожденія беременности.

Такъ, Cohnstein [77] требуетъ для доказательства яичниковой беременности на вскрытіи слѣдующія анатомическія условія:

1) Отсутствіе яичника на соотвѣтствующей беременности сторонѣ.

2) Соединеніе плоднаго мѣшка съ маткою при помощи удлиненной и утолщенной маточно-яичниковой связки.

3) Слоистое строеніе стѣнки мѣшка и цилиндрическій эпителій на внутренной его поверхности; непосредственный переходъ волокнистыхъ пучковъ albugineae въ стѣнку плоднаго мѣшка.

4) Присутствіе фолликуловъ, или желтаго тѣла, или маленькихъ кровяныхъ кистъ въ непосредственной близости съ полостью яйца.

Spiegelberg [356] находитъ, что условія, перечисляемыя Cohnstein'омъ [74] подъ № 3, недоказательны и не могутъ быть найдены при болѣе или менѣе продолжительномъ существованіи яичниковой беременности, и, по его мнѣнію, для признанія яичниковаго характера плоднаго мѣшка необходимо, чтобы: 1) не было яичника на одной сторонѣ; 2) чтобы элементы яичниковой ткани участвовали въ образованіи стѣнки плоднаго мѣшка; 3) чтобы киста соединялась посредствомъ lig. utero-ovaricum съ маткою, и 4) чтобы трубы не участвовали въ образованіи плоднаго мѣшка.

Эти же критеріи признаются необходимыми для яичниковой беременности Puech'омъ [307]. По мнѣнію доктора Патенко [434], яичниковая беременность можетъ быть несомнѣнно доказана только послѣ секціи, путемъ тщательнаго микроскопическаго

изслѣдованія стѣнокъ плоднаго мѣшка, которыя въ этомъ случаѣ должны содержать элементы яичниковой ткани.

Talbot Jones [364] считаетъ вышеприведенныя условія, требуемыя Cohnstein'омъ, за черезчуръ абстрактныя и высказывается за меньшую взыскательность при критикѣ описанныхъ случаевъ яичниковой беременности, такъ какъ едва-ли какой либо случай, болѣе или менѣе старый, можетъ удовлетворить всѣмъ требованіямъ Cohnstein'a.

Нельзя, мнѣ кажется, не согласиться отчасти съ приведеннымъ мнѣніемъ Talbot Jones'a, такъ какъ, дѣйствительно, установленные анатомическіе критеріи на дѣлѣ все-таки же оказались не вполнѣ пригодными. Когда стали примѣнять ихъ къ оцѣнкѣ доказательности описанныхъ въ литературѣ случаевъ, то все-таки же не получилось полнаго согласія авторовъ. Такъ, напр., Schröder *) цитируетъ 9 несомнѣнныхъ случаевъ яичниковой беременности; Cohnstein прибавилъ къ нимъ еще 3 несомнѣнныхъ и 5 вѣроятныхъ случаевъ изъ болѣе старой литературы; Spiegelberg признаетъ еще 1 экскизитный случай (Walther'a). и всѣ случаи, прибавленные Cohnstein'омъ, такъ что въ результатѣ у Schröder'a и Cohnstein'a въ общей сложности получается 17, а по Spiegelberg'у только 9 болѣе или менѣе убѣдительныхъ случаевъ яичниковой беременности въ литературѣ до 1878 года.

Это разногласіе авторовъ по поводу обсужденія однихъ и тѣхъ же литературныхъ фактовъ особенно рельефно выразилось въ работѣ Collet y Gurgui [75], которая появилась въ 1880 году, но основана на казуистическомъ литературномъ матеріалѣ, относящемся къ періоду времени до 1875 года.

Собравъ описанные подъ названіемъ яичниковой беременности случаи, начиная съ XVI-го столѣтія и до 1875 года, Collet y Gurgui группируетъ ихъ по патолого-анатомическимъ признакамъ (добытымъ на вскрытіи), которые авторами ихъ считались характерными и существенными для доказательства

*) Въ 5-мъ изданіи своего учебника.

яичниковой ихъ природы. Случаи же болѣе новые, т. е. съ 1845 по 1875 годъ, Collet y Gurgui критикуетъ каждый отдѣльно, приведши предварительно дословно всѣ протоколы вскрытій. Нигдѣ во всей этой работѣ нельзя найдти какихъ либо общихъ заключеній относительно тѣхъ условій, при которыхъ бы Collet y Gurgui согласился признать несомнѣнную яичниковую беременность, и, прочитавъ всю эту работу, приходишь къ одному только выводу, что, по мнѣнію автора, до 1875 года не имѣется въ литературѣ ни одного вполнѣ доказательнаго случая яичниковой беременности, а пять только болѣе или менѣе вѣроятныхъ случаевъ.

Я не буду больше останавливаться на этой оригинальной критической работѣ, такъ какъ она относится къ литературѣ яичниковой беременности до 1875 года, моя же задача заключается въ изученіи болѣе новой казуистики. Обращаю только вниманіе на разногласіе авторовъ относительно числа и оцѣнки описанныхъ въ литературѣ наблюденій яичниковой беременности. Не менѣе сбивчивыми представляются до сихъ поръ классификація видовъ и даже самое понятіе о сущности яичниковой беременности.

Böhmer въ половинѣ XVIII столѣтія и Carus въ 1838 году различали двѣ формы яичниковой беременности: внутреннюю и наружную, смотря по тому, гдѣ начиналось развитіе оплодотвореннаго яйца—внутри ли яичника, или на его поверхности. Заимствую подробное изученіе этой классификаціи изъ работы Hıepre [180], посвященной изученію патогенеза яичниковой и брюшинной беременности. Такъ какъ, говоритъ Hıepre, сперматозоиды не могутъ прободать тканевыя пластинки, то оплодотвореніе и развитіе яйца въ совершенно неповрежденномъ фолликулѣ нельзя допустить, а нужно признать двѣ возможности:

1) Или разрывъ фолликула послѣ оплодотворенія снова закроется и опухоль, по удачному сравненію Schröder'a, развивается вполнѣ внутри яичника, какъ киста яичника, съ тою лишь разницею, что плодный мѣшокъ обладаетъ болѣе быстрымъ ростомъ и сидитъ на широкой ножкѣ. Растущая опу-

холь раздражаетъ окружающія ткани, и образуются срощенія ея съ заднею поверхностью матки, перитонеальный покровъ которой приподымается опухолью. Труба рѣдко остается свободною: она съ теченіемъ времени почти постоянно плотно ложится на растущую опухоль, начиная со своего абдоминальнаго конца, и фимбріи ея теряются въ стѣнкахъ опухоли.

2) Или же мѣсто разрыва не закрывается, яйцо выходитъ, при ростѣ своемъ, изъ разрыва; яйцевой мѣшокъ, слѣдовательно, лежитъ внѣ яичника—„интраперитонеально," тогда какъ мѣсто прикрѣпленія послѣда „интраоваріально." (Очень поучителенъ для понятія отношеній настоящей яичниковой беременности случай Walther'а, гдѣ ворсинки chorion'а внѣдрялись, какъ и при обыкновенной беременности, въ материнскіе венозные синусы, но, говоритъ Ниерре, обыкновенно, вслѣдствіе срощеній, отношенія частей не такъ ясны, какъ въ этомъ поучительномъ случаѣ).

Кромѣ этой настоящей связанной съ фолликуломъ формы яичниковой беременности, которую Carus называетъ grav. ovarii interna, Ниерре, согласно Carus'у, отличаетъ еще grav. ovarii externa, хотя она трудно узнается in praxi, благодаря срощеніямъ. Эта эпиоваріальная беременность относительно образованія послѣда сходна съ брюшною беременностью и часто съ нею смѣшивалась.

Вышеприведенная цитата изъ работы Ниерре представляетъ полное описаніе всѣхъ допускаемыхъ различными авторами формъ яичниковой беременности.

Нѣкоторые авторы признаютъ какую либо одну или двѣ изъ этихъ формъ.

Такъ, напр., Schröder *) причисляетъ къ яичниковой беременности только тѣ случаи, „въ которыхъ яйцо, оплодотворенное въ граафовомъ пузырькѣ, остановилось тамъ и продолжаетъ развиваться подъ бѣлочною оболочкою яичника." Эти случаи подходятъ, слѣдовательно, подъ опредѣленіе первой

*) 6-е изданіе учебн. акуш. Русск. переводъ 1881 года.

формы grav. internae Hиерре. Напротивъ того, Heineken [167] считаетъ мыслимою только такую яичниковую беременность, гдѣ послѣдъ сидитъ интраоваріально, а плодный мѣшокъ находится въ полости брюшины; другими словами: Heineken допускаетъ только вторую форму настоящей яичниковой беременности по вышеприведенной классификаціи Hиерре.

Landau [203], Fenger [311] и Talbot Jones [364] признаютъ эпіоваріальную и первую форму истинной яичниковой беременности по Hиерре.

Описанные недавно Beaucamp'омъ [30] и Vulliet'омъ [382] случаи трубно-яичниковой беременности подходятъ, повидимому, подъ описанную у Hиерре вторую форму grav. ovarii internae.

Наконецъ, Collet y Gurgui [75], не различая вовсе внутренней и наружной формы яичниковой беременности, признаетъ одну только форму яичниковой беременности, безразлично, будетъ ли оплодотворенное яйцо развиваться внутри фолликула, или вышедши изъ него на поверхность яичника, такъ какъ и въ томъ, и въ другомъ случаѣ развитіе яйца происходитъ на счетъ ткани самого яичника, и, по изслѣдованіямъ Waldeyer'а, эпителій, находящійся на поверхности яичника, и тотъ эпителій, который выстилаетъ внутреннюю поверхность фолликула, представляютъ идентичныя образованія, одинъ и тотъ же зародышевый эпителій (Keimepithel).

Я полагаю, что, дѣйствительно, лучше всего отрѣшиться отъ искусственной и запутанной старой классификаціи яичниковой беременности на внутреннюю и наружную формы, такъ какъ едва ли онѣ строго различимы при вскрытіи случаевъ, болѣе или менѣе зашедшихъ далеко въ своемъ развитіи, гдѣ анатомическія отношенія органовъ сильно измѣнились. Согласно Collet y Gurgui *) и другимъ авторамъ, можно, мнѣ кажется, признать яичниковую беременность въ томъ случаѣ, когда яичникъ представляетъ единственную первоначальную

---

*) Collet y Gurgui l. c., p. 116.

почву развитія яйца (какъ это, напр., было въ случаяхъ Puech'а и Talbot Jones'а), или когда, при дальнѣйшемъ развитіи беременности, послѣдъ находится въ тѣсной органической связи съ тканью яичника (сл. Walther'а, Heineken'а и др.).

Мѣсто прикрѣпленія послѣда играетъ, вообще, первостепенную роль въ классификаціи внѣматочной беременности, какъ единственный, такъ сказать, punctum fixum яйца; нужно только, какъ на это указываетъ Collet y Gurgui, различать простое сращеніе плоднаго мѣшка съ яичникомъ отъ того, что мы назвали органическою связью послѣда съ тканью яичника, т. е. врастанія ворсинокъ chorion'а въ ткань эту, играющую при яичниковой беременности роль placentae maternae. Это послѣднее отношеніе яйца къ яичнику и можетъ приниматься въ разсчетъ, какъ главный критерій при опредѣленіи яичниковой беременности.

Изъ вышеизложеннаго видно, что до сихъ поръ не закончены еще вполнѣ споры, если ужъ не объ абсолютномъ отсутствіи яичниковой беременности, то, по крайней мѣрѣ, относительно классификаціи, частоты ея и даже о числѣ до сихъ поръ описанныхъ несомнѣнныхъ случаевъ. Если оставить въ сторонѣ обстоятельную и, пожалуй, черезчуръ строгую критику Collet y Gurgui, признающаго только нѣсколько вѣроятныхъ случаевъ яичниковой беременности, то и у другихъ авторовъ, какъ мы уже видѣли, имѣется очень небольшой казуистическій матеріалъ. Впрочемъ Schröder, вполнѣ соглашаясь съ мнѣніемъ Keller'а, думаетъ, что большое число случаевъ яичниковой беременности описано подъ именемъ брюшной.

Landau же заходитъ такъ далеко, что готовъ признать всѣ случаи абдоминальной беременности за случаи яичниковой беременности. Малочисленностью наблюденій и сбивчивостью понятій объясняется то обстоятельство, что въ учебникахъ только очень кратко описывается (напр. у Schröder'а) клиническая картина яичниковой беременности, уже не говоря о такихъ авторахъ, какъ Parry, Bandl и многіе другіе, излагающіе симптоматологію и отдѣлъ объ исходахъ не отдѣльно для каждой формы, а для всѣхъ видовъ внѣматоч-

ной беременности вмѣстѣ. Hecker же, много разъ цитируемый мною, какъ впервые занявшійся статистическимъ изученіемъ отдѣльныхъ видовъ внѣматочной беременности, оставилъ совершенно въ сторонѣ подробное разсмотрѣніе яичниковой беременности, на томъ, главнымъ образомъ, основаніи, что всѣ описанные до него случаи яичниковой беременности, какъ принадлежащіе къ позднимъ періодамъ, не достаточно ясны въ патолого-анатомическомъ отношеніи, и потому Hecker предоставилъ будущему рѣшеніе этого вопроса съ очевидностью на основаніи типическихъ и не особенно далеко зашедшихъ въ своемъ развитіи случаевъ.

Задавшись цѣлью представить современное положеніе вопроса о внѣматочной беременности главнымъ образомъ на основаніи фактическихъ данныхъ, добытыхъ на послѣднее десятилѣтіе, я буду говорить по преимуществу только о случаяхъ, описанныхъ послѣ 1875 года, такъ какъ клиническая картина и исходы болѣе старыхъ случаевъ яичниковой беременности вошли уже въ общее описаніе внѣматочной беременности Parry (всего числомъ 27 сл. *).

Къ сожалѣнію, общее число описанныхъ за послѣднія 10 лѣтъ случаевъ яичниковой беременности очень невелико. Я нашелъ всего только 21 случай яичниковой беременности. Присоединивъ сюда же еще два случая, хотя и болѣе старыхъ, но описанныхъ въ Россіи и невошедшихъ, повидимому, въ статистику Parry, а именно Гугенбергера и Горвица, получается общее число 23 случая. Изъ этого небольшаго числа, однако, не всѣ годятся для нашей цѣли, а только 18 сл. **), такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ не достаточно подробно описаны.

Лѣта больныхъ обозначены 12 разъ. Въ возрастѣ:

| | | |
|---|---|---|
| отъ 24 — 29 | лѣтъ больныхъ было . . . | 3 |
| „ 30 — 38 | „ „ „ . . . | 8 |
| 40 | „ „ „ . . . | 1 |

*) Parry.

**) См. указатель литературы №№ 25, 35, 70, 120—o, 142—b, 154, 167, 172, 203, 220, 259, 307, 364, 383, 397, 356, 412, 434.

При яичниковой беременности, какъ и при другихъ формахъ внѣматочной беременности преобладаютъ женщины въ возрастѣ отъ 30—40 лѣтъ.

Свѣдѣнія о предшествовавшихъ яичниковой беременности ненормальныхъ явленіяхъ въ состояніи здоровья имѣются слѣдующія въ 11 случаяхъ:

| | | |
|---|---|---|
| 1-й разъ беременная послѣ 5-лѣтняго замужества . . . . . . | 1 | Goodell. |
| 1-й разъ беременная послѣ 12-лѣтняго замужества . . . . . . | 1 | Heincken. |
| 1-й разъ беременная страдала dysmenorrhoea. . . . . . . . | 1 | Freund. |
| 2-й разъ беременная послѣ 1-хъ родовъ и 9 лѣтъ безплодія, были боли въ тазу, слѣва; первые регулы 20 лѣтъ . . . . . . . . | 1 | Spiegelberg. |
| 2-й разъ беременная. . . . . . | 1 | Messner. |
| 3-й „ „ послѣ 2-хъ родовъ . . . . . . . . . . . . | 1 | Waitz. |
| 3-й разъ беременная послѣ 1-хъ родовъ и 1 выкидыша, 12 лѣтъ безплодія . . . . . . . . . . | 1 | Landau. |
| 4-й разъ беременная послѣ 3-хъ родовъ и 7 лѣтъ безплодія . . . | 1 | Talbot Jones. |
| 4-й разъ беремен. послѣ 2-хъ родовъ 12 лѣтъ тому назадъ и 1 выкидыша 5 лѣтъ тому назадъ . . . | 1 | Benicke. |
| 5-й разъ беременная, 40 лѣтъ, послѣ 4-хъ родовъ. . . . . . . . . | 1 | Leopold. |
| 5-й разъ беременная послѣ 4-хъ родовъ и 3 лѣтъ безплодія . . . | 1 | Горвицъ. |

## Таблица симптомовъ яичниковой беременности по мѣсяцамъ

| МѢСЯЦЫ. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Число наблюденій для каждаго мѣсяца трубн. беремен. | 12 | 12 | 10 | 9 | 11 | 7 | 7 | 6 | 5 | 8 |
| I. Общія и субъективныя явленія. | | | | | | | | | | |
| 1) Общее разстройство здоровья . . . . . . . . . . | 2 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| 2) Лихорадочное состояніе. . | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — |
| 3) Обычные признаки беременности (тошнота, рвота и т.д.). | 2 | 3 | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| 4) Сознаніе беременности . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 5) Боли (колики) . . . . . . | 3 | 4 | 2 | 2 | 1 | — | — | — | — | — |
| 6) Общее благосостояніе . . . | — | — | — | — | 7 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 7) Отсутствіе признаковъ и сознанія беременности. . . | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| II. Объективныя явленія. | | | | | | | | | | |
| 1) Перитонитъ . . . . . . . | — | 1 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | 1 |
| a) Выдѣленія изъ матки: | | | | | | | | | | |
| 2) Прекращеніе регулъ . . . | 7 | 6 | 5 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | — |
| 3) Неправильность регулъ . . | 1 | 1 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — |
| 4) Кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. . . . . . . . . | — | 3 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | — | — | 3 |
| 5) Регулы продолжались . — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 6) „ возвратились . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| b) Состояніе матки: | | | | | | | | | | |
| 7) Увеличеніе матки . . . . | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | 1 |
| 8) Смѣщеніе матки . . . . | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — |
| 9) Сокращенія матки . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 10) Матка не увеличена . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 11) Матка не смѣщена . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 12) Decidua находилась въ маткѣ . . . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| 13) Decidua выдѣлилась изъ матки . . . . . . . . . | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 2 |

| МѢСЯЦЫ. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Число наблюденій для каждаго мѣсяца трубн. беремен. | 12 | 12 | 10 | 9 | 11 | 7 | 7 | 6 | 5 | 8 |
| c) Опухоль (плодный мѣшокъ): | | | | | | | | | | |
| 14) Величина опухоли опредѣлена . . . . . . . . . | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | — |
| 15) Консистенція опухоли опредѣлена . . . . . . . . . | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — |
| 16) Положеніе опухоли опредѣлено . . . . . . . . . | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — |
| 17) Подвижность опух. опредѣлена . . . . . . . . | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — |
| d) Измѣненія грудныхъ железъ: | | | | | | | | | | |
| 18) Гипертрофія. . . . . . . | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — |
| 19) Молоко . . . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 |
| e) Явленія со стороны плода: | | | | | | | | | | |
| 20) Жизнь плода констатирована . . . . . . . . . . | — | — | — | — | — | 2 | — | 2 | 2 | — |
| 21) Сердцебіеніе плода констатировано . . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 |
| 22) Движеніе плода констатировано . . . . . . . . | — | — | — | — | 5 | — | 2 | — | — | — |
| 23) Плацентарный (маточный) шумъ. . . . . . . . . . | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — |
| 24) Смерть плода . . . . . . | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | 6 |
| f) Потуги . . . . . . . . . . | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 |
| g) Ложные роды . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 4 |
| h) Рѣдкія явленія: | | | | | | | | | | |
| 25) Epistaxis. . . . . . . . . | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — |
| 26) Struma . . . . . . . . . | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 27) Обмороки . . . . . . . . | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | — | — | — | — | — |
| 28) Выпаденіе впѣзаин. матки. | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 |
| 29) Нарывъ въ сводѣ влагалища. . . . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 30) Dysuria . . . . . . . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

Если вообще позволительно, за недостаткомъ большаго количества наблюденій, дѣлать какіе либо выводы на основаніи такого небольшаго числа, какъ наши 18 случаевъ яичниковой беременности, то мы, просматривая эту таблицу, основанную на максимальномъ числѣ 12 и минимальномъ 5 случаевъ, видимъ, что относительно субъективныхъ явленій въ теченіе первыхъ пяти мѣсяцевъ при яичниковой беременности сравнительно рѣдко наблюдались общее разстройство здоровья беременныхъ и обычные признаки наступившаго зачатія; только въ одной трети случаевъ на II-мъ мѣсяцѣ беременности наблюдались боли, похожія на колики. Во второй же половинѣ беременности почти всѣ больныя чувствовали себя хорошо.

Изъ объективныхъ явленій въ большинствѣ случаевъ замѣчено отсутствіе регулъ въ теченіе всей беременности и рѣже (въ 25% случаевъ) наблюдались кровотеченія изъ половыхъ органовъ.

Увеличеніе и смѣщеніе матки отмѣчены изъ 10 случаевъ только одинъ разъ.

Выдѣленіе deciduae наблюдалось также рѣдко: 1 разъ на V-мъ мѣсяцѣ и изъ 8 случаевъ на X-омъ мѣсяцѣ—3 раза; кромѣ того, 1 разъ decidua найдена въ маткѣ.

Опухоль плоднаго мѣшка впервые опредѣлялась объективнымъ изслѣдованіемъ на 3-ьемъ мѣсяцѣ беременности, но вообще подвергалась изслѣдованію только 1 разъ.

Измѣненіе грудныхъ железъ наблюдается, повидимому, рѣдко, при этой формѣ беременности.

Зато признаки жизни плода, его движенія главнымъ образомъ, опредѣляются довольно часто (5 разъ изъ 11 случаевъ пятаго мѣсяца).

Смерть плода наступаетъ въ случаяхъ, зашедшихъ за вторую половину беременности, обыкновенно на 10-омъ мѣсяцѣ и рѣдко раньше.

Ложные роды наступали изъ 8 случаевъ 4 раза въ срокъ окончанія беременности, и преждевременное ихъ появленіе не наблюдалось.

Явленія давленія, производимаго на тазовые органы, почти вовсе не наблюдаются при этой формѣ беременности. Одинъ разъ было развитіе зоба и 2 раза боли живота сопровождались обмороками.

*Исходы* 18 случаевъ яичниковой беременности. Изъ прилагаемой таблицы видно, что ранній разрывъ плоднаго мѣшка наступилъ 4 раза; 1 разъ развился перитонитъ на VI мѣсяцѣ; 10 разъ яичниковая беременность достигла періода жизнеспособности и полной зрѣлости плода, и окончилась: 4 раза разложеніемъ содержимаго мѣшка, 3 раза перитонитомъ, 3 раза образованіемъ Lithopaedion'a, изъ которыхъ одинъ только, и то послѣ случайной причины, послѣдовательно подвергся разложенію, и, слѣдовательно, 1 разъ только наблюдалась элиминація per rectum.

Повидимому, эти цифры говорятъ за то обстоятельство, что элиминаціонные процессы рѣдко наступаютъ при яичниковой беременности, и, съ другой стороны, наблюдается образованіе истинной окаменѣлости плода, что̀, мнѣ кажется, можно объяснить присутствіемъ предсуществующаго плоднаго мѣшка съ довольно резистентными стѣнками, не склонными къ распаденію даже при развивающемся разложеніи содержимаго плоднаго мѣшка и при развивающемся перитонитѣ.

Вообще же объ исходахъ яичниковой беременности можно сказать, что при ней наблюдались всѣ тѣ исходы, какъ и при трубной и брюшной; но ранній разрывъ мѣшка здѣсь наступаетъ рѣже, чѣмъ при трубной, а элиминація плода гораздо рѣже наблюдается здѣсь, чѣмъ при брюшной формѣ, зато яичниковая беременность, подобно трубной, благопріятна для развитія постоянныхъ окаменѣлыхъ плодовъ. Опредѣлить процентъ смертности для яичниковой беременности трудно на основаніи этихъ немногихъ случаевъ. Мы видимъ, что въ 3 случаяхъ смерть не зависѣла отъ внѣматочной беременности, и въ большинствѣ изъ остальныхъ 15 случаевъ больныя подвергались оперативному леченію, такъ что эти случаи также не вполнѣ пригодны для нашей цѣли установить размѣры

смертности при естественномъ теченіи этой формы внѣматочной беременности.

### Исходы яичникой беременности.

1. Ранняя беременность — случайная смерть. Puech.
2. Разрывъ ранній плоднаго мѣшка—смерть. Winter.
3. „ на II мѣс. „ „ „ Child.
4. „ на III мѣс. „ „ „ Hildreth.
5. „ на IV мѣс. „ „ „ Talbot.
6. „ „ „ „ „ Горвицъ.

### Случаи поздняго періода яичниковой беременности.

| | Плодъ. | Исходъ беременности. | Операція. | Смерть или выздоровл. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Плодъ донош. | Разложеніе мѣшка. | Лапаротомія. | Смерть. | Geodell. |
| 8 | Плодъ доnош. | Разлож. мѣшка и перитонитъ. | Лапаротомія. | Смерть. | Heineke. |
| 9 | Плодъ донош. | Разлож. мѣшка и перитонитъ. | Лапаротомія. | Смерть. | Benicke. |
| 10 | Плодъ донош. живой. | Перитонитъ на X-мъ мѣс. ruptura. | Лапаротомія prim. | Смерть. | Spiegelberg. |
| 11 | Плодъ донош. | Перитонитъ на X мѣс. | Лапаротомія. | Смерть. | Landau. |
| 12 | Плодъ VI мѣс. | Перитонитъ. | Лапаротомія. | Смерть случайн. | Hall-Davis. |
| 13 | Плодъ донош. | Перитонитъ черезъ 3 года. | Keliphoektomia. | Смерть. | Waitz. |
| 14 | Плодъ VIII мѣсячный. | Lithopaedion много лѣтъ. Послѣдовательная норм. берем. Искусственный выкидышъ. Травматическій перитонитъ. Элиминація per rectum. | — | Смерть. | Bossi. |
| 15 | — | Lithopaedion. | — | Смерть случайн. | Патенко. |
| 16 | — | Lithopaedion 35 лѣтъ. | — | Смерть случайн. | Leopold. |
| 17 | Плодъ VII мѣс. | Разложеніе плод. мѣшка. | Лапаротомія. | Выздр. | Messner. |
| 18 | Плодъ донош. | Разложеніе плод. мѣшка. Сепсисъ. | Лапаротомія. | Выздр. | Freund. |

## Брюшная беременность.

Graviditas abdominalis.

Брюшная или брюшинная беременность происходитъ, если оплодотворенное яйцо укрѣпляется гдѣ-либо въ полости брюшиннаго мѣшка и здѣсь продолжаетъ развиваться. Это будетъ такъ-называемая первичная брюшная беременность.

Вторичная же брюшная беременность не что иное, какъ исходъ трубной или яичниковой беременности, и потому ее нельзя разсматривать, какъ самостоятельную форму внѣматочной беременности. Для распознаванія первичной брюшной беременности необходимы слѣдущія анатомическія условія:

1. Мѣшокъ долженъ быть образованъ безъ участія внутреннихъ половыхъ органовъ.

2. Послѣдъ, этотъ punctum fixum яйца, долженъ прикрѣпляться гдѣ-либо на брюшинѣ, но не въ трубѣ, яичникѣ и т. д.

3. Трубы и яичники должны быть нормальны или, по крайней мѣрѣ, не входить въ составъ мѣшка.

Этимъ теоретическимъ требованіямъ удовлетворяютъ очень немногіе случаи болѣе или менѣе застарѣлой внѣматочной беременности: но, тѣмъ не менѣе, ихъ нужно имѣть всегда въ виду при отнесеніи каждаго даннаго случая къ тому или другому виду. Если бы имѣть хоть нѣсколько подобныхъ типическихъ случаевъ брюшной беременности ранняго періода и на основаніи ихъ установить клиническую картину этой формы, то можно бы разобраться и въ случаяхъ болѣе или менѣе сложныхъ и застарѣлыхъ, гдѣ, благодаря долгому существованію плоднаго мѣшка въ брюшной полости, измѣнились анатомическія отношенія сосѣднихъ органовъ, хотя они первоначально и не участвовали въ образованіи плоднаго мѣшка.

Исходя изъ этихъ соображеній, я выбралъ изъ числа 120 случаевъ, описанныхъ подъ названіемъ grav. abdominalis, тѣ

случаи, которые удовлетворяли болѣе или менѣе установленнымъ выше анатомическимъ требованіямъ.

Къ сожалѣнію, такихъ чистыхъ случаевъ имѣется въ литературѣ немного, такъ какъ, по смыслу вышеизложенныхъ соображеній, это должны быть случаи, окончившіеся смертью или операціей, съ полнымъ анатомическимъ описаніемъ въ раннемъ періодѣ, а именно брюшная форма внѣматочной беременности, какъ уже доказано многими авторами, даетъ самое лучшее предсказаніе quo ad vitam больной.

Сюда относятся слѣдующіе 8 случаевъ:

Гугенбергера [114]а, Müller'a [268]d, Cederschjöld'a [71], Зембицкаго [405], 2 случая Fulcher'a [123], Witten'a [402] и Oettinger'a [28]. Представляю краткое описаніе этихъ случаевъ:

1. Случай Гугенбергера: Дѣвица 34 лѣтъ, II р. беременная, поступила въ повивальный институтъ 22 мая 1846 года. Въ послѣдній разъ родила 13 лѣтъ тому назадъ и вновь лишилась регулъ въ концѣ августа 1845 года. Первые мѣсяцы беременности она, при безпрерывныхъ страданіяхъ, провела почти постоянно въ постели. При первомъ движеніи младенца страданія уменьшились. На VIII—IX мѣсяцѣ беременности она вновь занемогла и около 7 недѣль я лечилась,—вѣроятно, отъ перитонита. При поступленіи больной на X лунномъ мѣсяцѣ беременности, найдено: общее истощеніе, явленіе остраго перитонита, въ области пупка абсцессъ брюшной стѣнки; непосредственно подъ брюшными покровами прощупывались части плода, движеніе котораго ощущалось еще три дня тому назадъ, но, при изслѣдованіи, признаковъ жизни плода не было. Спустя 48 часовъ по поступленіи въ больницу, больная, при постепенно увеличивающемся упадкѣ силъ, скончалась. Вскрытіе произведено проф. Пироговымъ. Плодовый мѣшокъ нижнимъ отрѣзомъ своимъ доходилъ до задняго Дугласова пространства, верхнимъ же—до желудочной области. Вся передняя стѣнка яйца плотно срослась съ брюшными покровами до самой подложечной области. Изъ многочисленныхъ различной величины нарывовъ, находившихся въ толщѣ брюш-

ныхъ стѣнокъ, самый большій былъ около пупка. Онъ содержалъ до 3-хъ фунт. гноя и для неестественнаго вывода плода почти прободалъ брюшные покровы. Задняя стѣнка яйца прикрѣплялась посредствомъ перепончатыхъ и нитеобразныхъ новообразованій къ брюшинной оболочкѣ желудка, печени и всего сильно сжатаго кишечнаго канала. Кожистую оболочку плода, спереди и снизу утолщенную, съ трудомъ можно отдѣлить отъ мочеваго пузыря и дна матки. Въ заднематочномъ пространствѣ было совершенное приращеніе нижняго отрѣзка яйца. *На широкихъ маточныхъ связкахъ, яичникахъ и фаллопіевыхъ трубахъ, по отдѣленіи ихъ отъ плодоваго мѣшка, кромѣ нѣкотораго утолщенія и набуханія, не было найдено ничего патологическаго.*

2. Случай Müller'а: Больная 32 лѣтъ; беременность продолжалась 14 мѣсяцевъ, и затѣмъ, послѣ внезапнаго профузнаго поноса, опухоль живота быстро уменьшилась. Больная умерла, и на вскрытіи оказалось, что плодный мѣшокъ былъ сроценъ съ кишками, съ сальникомъ, съ дномъ матки, съ мочевымъ пузыремъ и rectum, содержалъ гнилостный гной и сгнившій 8-мѣсячный плодъ, кости котораго выдѣлялись чрезъ фистулу recti. *Послѣдъ прикрѣплялся на внутренней стѣнкѣ живота и in regione iliaca. Трубы и яичники нормальны.* Матка увеличена.

3. Въ случаѣ Cederschjöld'а въ срокъ наступили родовыя боли и затѣмъ развился перитонитъ, отъ котораго больная умерла. Вскрытіемъ констатированы: разрывъ плоднаго мѣшка, диффузный перитонитъ, послѣдъ на лѣвой стѣнкѣ мѣшка. *Трубы и яичники безъ измѣненій.*

4. Ziembicki описалъ случай беременности, окончившійся смертью больной на 15-омъ мѣсяцѣ. Плодный мѣшокъ начинался отъ верхней части матки, былъ сроценъ съ окружающими его петлями кишекъ, перфорированными въ нѣсколькихъ мѣстахъ; кромѣ того, было сообщеніе плоднаго мѣшка съ брюшною полостью.

5. Первый случай Fulcher'а: На 5-омъ мѣсяцѣ внѣматочной беременности, вслѣдствіе травмы, произошелъ разрывъ плод-

наго мѣшка, и больная умерла при явленіяхъ внутренняго кровотеченія. На вскрытіи оказалось: 5-ти мѣс. плодъ и отдѣлившійся послѣдъ свободно плавали въ крови, излившейся въ брюшную полость; *прикрѣпленіе послѣда было „паріэтальное“; обѣ трубы интактны.*

6. Второй случай Fulcher'a: У 32-лѣтней больной внѣматочная беременность безъ рѣзкихъ болѣзненныхъ явленій достигла нормальнаго срока. Въ срокъ появились приступы болей, поносъ, наступила смерть плода и вскорѣ развился перитонитъ, окончившійся смертью больной. *Послѣдъ* очень большаго доношеннаго плода *прикрѣплялся на lig. latum, fossa iliaca sin.* и отчасти *на передней брюшной стѣнкѣ.*

7. Въ случаѣ Witten'a произошелъ разрывъ плоднаго внѣматочнаго мѣшка на III мѣс. беременности, послѣ трехмѣсячнаго субъакутнаго перитонита. Вскрытіемъ обнаружено, что *плодный мѣшокъ прикрѣплялся къ задней поверхности матки* и *къ лѣвому яичнику*, матка въ anteflexio, *фаллопіевы трубы* проходимы *и яичники здоровы.*

8. Случай Oettinger'a: Больная 55 лѣтъ; внѣматочная беременность длилась 16 лѣтъ; затѣмъ внезапно развилась картина непроходимости кишекъ, плевритъ и упадокъ силъ, вслѣдствіе чего больная умерла. Вскрытіе: гнойный плевритъ перигепатитъ, обострившійся хроническій перитонитъ. *Плодъ превратился въ литопэдіонъ, совсе не былъ инкистированъ, но срощенъ* съ сальникомъ и тонкими кишками. *Матка, яичники и фаллопіевы трубы не находились въ связи съ плодомъ.*

Эта группа типическихъ случаевъ брюшной беременности, по своей малочисленности, не допускаетъ никакихъ общихъ выводовъ, но имѣетъ несомнѣнное значеніе для установки факта существованія настоящей брюшной беременности, въ чемъ сомнѣваются даже нѣкоторые новѣйшіе авторы, какъ, напр., Lawson Tait [213] и Bandl [12], а также можетъ быть полезною при классификаціи другихъ, менѣе характерныхъ случаевъ, особенно окончившихся смертью. Но для случаевъ, окончившихся выздоровленіемъ, нужно искать какой-либо клиническій кри-

терій группировки. Въ теченіе брюшной беременности замѣчены уже извѣстныя характерныя явленія:

1) Перитонитъ съ самаго почти начала беременности, причемъ этотъ перитонитъ обыкновенно бываетъ локализированный и протекаетъ не особенно бурно, а иногда даже вовсе незамѣтно для больной (Пиерре [180]).

2) Беременность достигаетъ своего болѣе или менѣе полнаго развитія (VIII—IX—X луннаго мѣсяца), и затѣмъ наступаютъ

3) ложныя родовыя боли, причемъ плодъ умираетъ и подвергается различнымъ измѣненіямъ, имѣющимъ цѣлью его обособить, какъ постороннее для организма больной тѣло, или элиминировать его, благодаря чему и приходится наблюдать различные болѣе или менѣе характерные для этой формы беременности

4) исходы: нагноеніе съ прободеніемъ recti, vaginae, мочеваго пузыря, передней брюшной стѣнки и т. д., или же образованіе такъ называемаго lithopaedion. На основаніи этихъ данныхъ можно съ большою вѣроятностью распознать клинически брюшную беременность. Ошибки, однако, возможны: въ группу брюшныхъ беременностей могутъ попасть случаи gr. abdominalis secundariae, если анамнезъ больныхъ не достаточно точенъ для рѣшенія вопроса о первоначальномъ мѣстѣ развитія яйца; кромѣ того, сюда же могутъ, по ошибкѣ, быть отнесены хотя и довольно рѣдкіе случаи доношенной трубной или яичниковой беременности, протекшихъ безъ явленій разрыва плоднаго мѣшка, но все-таки же и здѣсь иногда имѣются клиническія указанія, выясняющія дѣло.

Трудно найти въ каждомъ данномъ случаѣ совокупность всѣхъ перечисленныхъ анатомическихъ и клиническихъ признаковъ брюшной беременности, и зачастую приходится ограничиваться только нѣкоторыми изъ нихъ. Такъ, напр., мы имѣемъ случаи, характеризующіеся своимъ клиническимъ теченіемъ, или исходомъ, или мѣстомъ прикрѣпленія послѣда, какъ брюшная беременность, и подобные случаи, особенно окончившіеся выздоровленіемъ, необходимо принимать въ разсчетъ, не смотря

на то, что, строго говоря, только вскрытіемъ и тщательнымъ анатомическимъ изслѣдованіемъ можно съ положительностью констатировать брюшную беременность. Нужно, однако, замѣтить, что если мы будемъ основываться только на случаяхъ, окончившихся смертью, то мы рискуемъ составить себѣ совершенно ложное представленіе объ исходахъ и опасности даннаго заболѣванія, и, съ другой стороны, мы знаемъ, что даже на секціонномъ столѣ не всегда удается опредѣлить съ положительностью первоначальное мѣсто развитія яйца при внѣматочной беременности. Діагнозъ каждаго даннаго случая внѣматочной беременности не можетъ быть абсолютно точенъ и я уже выше указывалъ, какимъ путемъ я старался подойти къ рѣшенію этого вопроса при группировкѣ своихъ случаевъ: можно выбрать случаи брюшной беременности болѣе или менѣе несомнѣнные и на основаніи сходства ихъ данныхъ съ клиническими или анатомическими условіями сомнительныхъ случаевъ относить ихъ къ этой же формѣ беременности. Мнѣ кажется, что, поступая такимъ образомъ, кругъ ошибокъ діагноза будетъ довольно съуженъ и выводы наши не будутъ, правда, несомнѣнными, но болѣе близки къ достовѣрности, чѣмъ выводы, основанные на полномъ пренебреженіи всякой классификаціи формъ внѣматочной беременности, какъ, напр., статистика Kiwisch'а [193], Mattei [253], Puech'а [306]—объ исходахъ, или изложеніе симптоматологіи внѣматочной беременности вообще у Parry [294] и многихъ другихъ болѣе старыхъ авторовъ. При нашей группировкѣ случаевъ брюшной беременности—на основаніи всей совокупности данныхъ и по аналогіи съ типическими наблюденіями—мы исключили по возможности случаи доношенной трубной беременности по отсутствію раннихъ потугообразныхъ и спазмотическихъ болей и случаи вторичной брюшной беременности по признакамъ разрыва плоднаго мѣшка въ ранніе періоды беременности.

Далеко не всѣ собранные мною 120 случаевъ—болѣе или менѣе характерные случаи брюшной беременности—пригодны для полнаго статистическаго изученія этой формы внѣматочной беременности: во многихъ изъ нихъ не имѣется вовсе

указаній на тотъ или другой признакъ или же не имѣется точныхъ указаній о времени появленія различныхъ симптомовъ. Эта неточность описанія зависитъ, главнымъ образомъ, отъ недостаточности анамнестическихъ данныхъ, такъ такъ при этой формѣ внѣматочной беременности больныя обыкновенно обращаются къ врачамъ въ болѣе поздніе періоды беременности, обыкновенно только послѣ нормальнаго срока, когда ожидавшіеся роды оказались ложными или уже наступили тягостные для больныхъ явленія элиминаціи плода.

За недостаткомъ фактическихъ данныхъ, здѣсь нельзя будетъ представить картины беременности по мѣсяцамъ, какъ это я сдѣлалъ для трубныхъ видовъ беременности. Теченіе брюшной беременности мнѣ пришлось разбить на болѣе крупные сроки, чтобы можно было представить болѣе или менѣе характерную клиническую картину, и потому я буду различать три періода брюшной беременности:

1. Періодъ вѣроятной беременности: съ I до V мѣсяца, т. е. до появленія несомнѣнныхъ признаковъ беременности.

2. Періодъ достовѣрной беременности: отъ V—X мѣсяца, т. е. до срока окончанія нормальной беременности.

3. Періодъ исходовъ беременности: послѣ X мѣсяца или послѣ смерти плода.

Прежде, чѣмъ перейдти къ описанію клинической картины брюшной беременности, я разсмотрю предшествующія этой внѣматочной беременности обстоятельства—antecedentia, по Hecker'у—придерживаясь программы, выработанной этимъ авторомъ.

Изъ моихъ 120 случаевъ возрастъ беременныхъ обозначенъ въ 91 случаѣ:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Меньше | 20 лѣтъ | 3 | раза. |
| отъ | 20—30 „ | 34 | „ |
| „ | 30—40 „ | 48 | разъ |
| „ | 40—50 „ | 6 | „ |

Очевидно, и здѣсь преобладаетъ возрастъ отъ 30—40 лѣтъ. Впрочемъ, согласно Hecker'у, возрастъ самъ по себѣ не имѣетъ

большаго значенія въ объясненіи этіологіи внѣматочной беременности.

Гораздо большее значеніе имѣютъ свѣдѣнія о числѣ предшествовавшихъ беременностей, регулахъ и гинекологическихъ страданіяхъ нашихъ больныхъ.

Въ 91 случаѣ брюшн. беременности было:

| | |
|---|---|
| первобеременныхъ | 13 |
| повторнобеременныхъ | 78. |

Разница настолько рѣзкая, что вполнѣ подтверждается снова вышеприведенное мнѣніе: что многородящія болѣе расположены къ внѣматочной беременности, чѣмъ впервые забеременѣвающія. Далеко не такъ убѣдительны цифровыя указанія на патологическіе процессы половыхъ органовъ, которые могли бы выяснить этіологію данной внѣматочной беременности.

О началѣ регулъ имѣются изъ 120 случаевъ свѣдѣнія только въ 15 случаяхъ:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| на | 11 | году | начало регулъ | 1 | разъ. |
| „ | 12 | „ | „ „ | 1 | „ |
| „ | 13 | „ | „ „ | 2 | раза |
| „ | 14 | „ | „ „ | 2 | „ |
| „ | 15 | „ | „ „ | 4 | „ |
| „ | 16 | „ | „ „ | 4 | „ |
| „ | 17 | „ | „ „ | 1 | разъ |

Предшествовавшія внѣматочной беременности гинекологическія болѣзни изъ 120 случаевъ указаны только въ 16-ти:

| | | |
|---|---|---|
| Erosiones et hypertrophia port. vag. etritis acuta | 1 | разъ. |
| Menstruatio pauca | 1 | „ |
| Menstr. pauca и perimetritis | 1 | „ |
| Menstr. profusa, dysmenorrhoea | 2 | раза |
| Dysmenorrhoea | 2 | „ |
| Metrorrhagia | 2 | „ |

Perimetritis . . . . . . . . . . . . . . 3 раза
Metritis chronica. . . . . . . . . . . . 1 разъ
Retroflexio . . . . . . . . . . . . . . . . 1 „
Нелеченный выкидышъ . . . . . . . . 1 „
Послѣродовое страданіе. . . . . . . . . 1 „

Разнообразіе этихъ страданій и малочисленность наблюденій не допускають никакихъ выводовъ.

За отсутствіемъ прямыхъ указаній на страданіе внутреннихъ половыхъ органовъ, нужно искать косвенныя доказательства ненормальности ихъ, и здѣсь мы имѣемъ, главнымъ образомъ, 3 характерныхъ явленія: 1) предшествовавшее внѣматочной беременности безплодіе со времени послѣднихъ нормальныхъ родовъ или отъ начала половой жизни: 2) выкидыши, предшествовавшіе внѣматочной беременности; 3) слишкомъ раннее или позднее зачатіе.

У первобеременныхъ уже а priori мы должны ожидать, что встрѣтимъ ненормальности въ ихъ анамнезѣ.

Въ нашихъ 13 случаяхъ оказалось:

1) Внѣм. берем. на 13 году отъ роду сл. Ahlfeld'a.
2) „ „ „ 16 „ „ „ „ Еджубова.
3) „ „ „ 19 „ „ „ „ Heard'a.
4) „ „ „ 29 „ „ „ „ Dahlmann'a.
5) „ „ „ 29 „ „ „ „ König'a.
6) „ „ „ 33 „ „ „ „ Maygrier'a.
7) „ „ „ 38 „ „ „ „ Chayé.
8) „ „ „ 34 году послѣ 14-лѣтн. безплоднаго замужества „ Chauvenet'a.
9) „ „ „ 30 году послѣ 16-лѣтн. безплодія „ Васильева.
10) „ „ послѣ 15-лѣтн. безплодія „ Schlesinger'a.
11) „ „ „ 5 „ „ „ „ Paschal'a.
12) „ „ „ dysmenorrhoea „ „ Anderson'a
13) „ „ безъ всякихъ патологическихъ явленій „ „ Rutledge

Изъ этой таблицы видно, что у 12 больныхъ изъ общаго числа 13 первобеременныхъ брюшною беременностью наблюдались: ранняя беременность 3 раза, позднее зачатіе 6 разъ, предшествовавшее безплодіе, длившееся отъ 5 до 16 лѣтъ—4 раза и болѣзненныя регулы—1 разъ.

Переходя къ разсмотрѣнію анамнеза нашихъ повторно-беременныхъ, я буду различать двѣ группы больныхъ, забеременѣвшихъ внѣматочно: 1) послѣ нормальныхъ родовъ и 2) послѣ выкидышей и родовъ.

## I группа.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Послѣ | 1 | нормальн. | родовъ | 2-ая | берем. | была | внѣматоч. | — 33 | раза. |
| " | 2 | " | " | 3-ья | " | " | " | —11 | " |
| " | 3 | " | " | 4-ая | " | " | " | — 7 | " |
| " | 4 | " | " | 5-ая | " | " | " | — 6 | " |
| " | 5 | " | " | 6-ая | " | " | " | — 2 | " |
| " | 6 | " | " | 7-ая | " | " | " | — 1 | " |
| " | 7 | " | " | 8-ая | " | " | " | — 1 | " |
| " | 8 | " | " | 9-ая | " | " | " | — 3 | " |
| У повторно-рожавшихъ | | | | | | | | — 2 | " |

Мы видимъ, что II и III parae представляютъ 50% повторно-беременныхъ, заболѣвающихъ брюшною беременностью.

## II группа.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-ая | внѣмат. | берем. | послѣ | 1-го выкидыша | | | наблюдалась | — 5 | разъ |
| 2-ая | " | " | " | 1 | преждеврем. р. | | " | — 1 | " |
| 3-ья | " | " | " | 1 | род. и | 1-го выкид. | " | — 1 | " |
| 4-ая | " | " | " | 1 | " | 2 " | " | — 1 | " |
| 5-ая | " | " | " | 3 | " | 1 " | " | — 1 | " |
| 6-ая | " | " | " | 4 | " | 1 " | " | — 1 | " |
| 6-ая | " | " | " | 1 | " | 4 " | " | — 1 | " |
| 7-ая | " | " | " | 5 | " | 1 " | " | — 1 | " |
| 8-ая | " | " | " | 5 | " | 2 " | " | — 1 | " |
| 9-ая | " | " | " | 6 | " | 2 " | " | — 1 | " |

Мы видимъ, что больше $10^0/_0$ женщинъ, заболѣвшихъ брюшною беременностью, перенесли раньше отъ 1 до 4 выкидышей, родивши въ то же время нормально отъ 1 до 6 разъ.

Пауза въ дѣторожденіи (безплодіе) наблюдалась изъ 120 случаевъ 42 раза, и продолжительность его выражалась такими цифрами:

| | | |
|---|---|---|
| 1 | годъ . . . . . . . . . | 1 разъ |
| 2 | года . . . . . . . . . | 2 раза |
| 3 | „ . . . . . . . . . | 2 „ |
| 4—5 | лѣтъ . . . . . . . . . | 6 разъ |
| 6 | „ . . . . . . . . . | 2 раза |
| 7 | „ . . . . . . . . . | 1 разъ |
| 8—9 | „ . . . . . . . . . | 7 „ |
| 10 | „ . . . . . . . . . | 3 раза |
| 13 | „ . . . . . . . . . | 5 разъ |
| 14 | „ . . . . . . . . . | 2 раза |
| 15 | „ . . . . . . . . . | 6 разъ |
| 16 | „ . . . . . . . . . | 1 „ |
| 17 | „ . . . . . . . . . | 4 раза |
| | | 42 раза |

Или, соединивъ цифры, для большей рельефности, по пятилѣтіямъ, мы получимъ:

| | | |
|---|---|---|
| 2 года до 5 лѣтъ | . . . . | 11 разъ |
| 6 „ „ 10 „ | . . . . | 13 „ |
| 11 „ „ 15 „ | . . . . | 13 „ |
| 16 „ „ 17 „ | . . . . | 5 разъ |
| | | 42 раза |

Мы видимъ, что внѣматочной беременности предшествуетъ зачастую ($35^0/_0$) безплодіе, которое по преимуществу бываетъ продолжительное—отъ 6—15 лѣтъ (или слишкомъ $61^0/_0$).

## Симптомы брюшной беременности.

Для составленія описанія перваго періода, т. е. съ начала до появленія первыхъ достовѣрныхъ признаковъ беременности со стороны жизни плода, я могъ воспользоваться 80 случаями изъ 88 болѣе подробно описанныхъ случаевъ и только отчасти остальными случаями, которые мнѣ не были извѣстны въ надлежащей подробности.

Предварительно считаю не лишнимъ замѣтить о крайней условности всѣхъ выводовъ, которые основываются на пересмотрѣ казуистики брюшинной беременности, зависящей оттого, что, такъ какъ брюшинная беременность обыкновенно наблюдается врачами въ позднія стадіи,—большею частью въ періодъ, который я называю періодомъ исходовъ,—то какъ относительно перваго, такъ даже и втораго періода большинство данныхъ, не только субъективныхъ, но и объективныхъ, получено не путемъ наблюденія, а путемъ разспроса больной. А вѣдь извѣстно, насколько осторожно и критически нужно вообще относиться къ анамнезу больныхъ. Итакъ цифры, приводимыя мною, не могутъ имѣть абсолютной достовѣрности, но все-таки же, мнѣ кажется, не будутъ лишены нѣкотораго значенія для того, чтобы составить себѣ хоть нѣкоторое понятіе о клинической картинѣ, исходахъ и т. д. брюшинной беременности.

Начну съ тѣхъ обычныхъ вѣроятныхъ признаковъ зачатія, которые наблюдаются такъ часто, если не всегда, при нормальной.

| | | |
|---|---|---|
| Полное прекращеніе регулъ отмѣчено . | 41 | разъ. |
| Неполное или неправильное появленіе регулъ . . . | 5 | „ |
| Кровотеченія изъ половыхъ органовъ . | 17 | „ |
| Регулы не прекращались . . . . . | 2 | раза |

Субъективные и объективные признаки беременности (тошнота по утрамъ, припуханіе грудей пигментаціи и т. д.) най-

дены 19 разъ и отдѣльно опуханіе и чувственность грудей—4 раза, причемъ въ случаѣ Rutledge [332] молоко въ грудяхъ появилось на III мѣсяцѣ, въ случаѣ же Deschamps [91]—на V-мъ мѣсяцѣ послѣ смерти плода, а въ случаѣ Chevalier [67], послѣ четырехмѣсячной гипертрофіи, грудныя железы стали уменьшаться въ объемѣ на V-мъ мѣсяцѣ беременности.

Рвота болѣе или менѣе сильная и продолжительная—8 разъ. Въ случаѣ Polaillon'a [302] она имѣла характеръ неукротимой рвоты беременныхъ на I мѣсяцѣ, но затѣмъ прекратилась сама собою.

Въ 12 случаяхъ говорится объ отсутствіи всякихъ страданій во время беременности.

Сопоставляя эти данныя съ подобными же при нормальной беременности, мы находимъ:

1) непостоянное прекращеніе регулъ;

2) замѣну ихъ въ 21% случаевъ ненормальными кровотеченіями изъ половыхъ органовъ;

3) довольно рѣдкое появленіе субъективныхъ признаковъ беременности со стороны пищеварительныхъ органовъ и, съ другой стороны, рвоту довольно сильную почти въ 10% случаевъ;

4) въ 15% случаевъ отсутствіе всякихъ тягостныхъ признаковъ.

Въ этихъ данныхъ, однако, не имѣется ничего особенно характернаго для брюшинной беременности, и характеристику ея искать нужно не столько въ значительныхъ числовыхъ отклоненіяхъ, свойственныхъ также и нормальной беременности симптомовъ, а въ тѣхъ явленіяхъ, которыя почти вовсе не наблюдаются при нормальной внутриматочной беременности. Сюда относятся:

*Боли*, которыя отмѣчены въ этомъ періодѣ 33 раза, причемъ характеръ этихъ болей былъ слѣдующій по обозначенію авторовъ:

| | | |
|---|---|---|
| перитоническія боли. . . . | 2 | раза |
| неперитоническія „ . . . | 1 | разъ |
| рѣжущія „ . . . | 1 | „ |
| колющія „ . . . | 1 | „ |
| тянущія „ . . . | 1 | „ |
| потугообразныя „ . . . | 2 | раза |
| колики „ . . . | 1 | разъ |
| боли поясницы . . . . . . . | 1 | „ |
| „ въ тазу, спинѣ и бедрахъ. | 1 | „ |
| „ не сильныя одной стороны | | |
| „ живота . . . . . . . . | 1 | „ |
| „ сильныя. . . . . . . . | 2 | раза |
| „ постоянныя . . . . . . . | 3 | „ |
| „ періодическія . . . . . | 1 | разъ |
| „ неопредѣленнаго характера. | 15 | „ |
| Всего . . | 33 | раза. |

Характеръ болей, какъ видно, разнообразенъ и не достаточно типиченъ для брюшной беременности. Здѣсь-то и проявляется вышеуказанная мною недостаточность данныхъ, такъ какъ они собраны путемъ анамнеза; а субъективныя ощущенія трудно анализировать. Одно только можно сказать, что боли вообще, при этой формѣ беременности, наблюдаются часто и въ этомъ смыслѣ характерны для отличія брюшной беременности отъ нормальной. При болѣе подробномъ разсмотрѣніи исторій болѣзни, мы можемъ, правда, иногда найти и характеристику этихъ болей, основанную на объективныхъ данныхъ. Hunter[183] говоритъ, что у внѣматочно-беременныхъ сильныя боли имѣютъ ремиттирующій, а не интермиттирующій характеръ, что́ особенно характерно выражено въ случаяхъ, гдѣ наступаетъ разрывъ мѣшка. Rutledge [322] подробно описываетъ различныя боли, наблюдавшіяся въ теченіе брюшной беременности: до V-го мѣсяца боли ощущались въ спинѣ и крестцовой области и отдавались въ плечо; животъ былъ очень чувствителенъ; боли усиливались по ночамъ, но, однако, не мѣшали больной работать и даже врачами принимались

за боли невралгическаго характера. Иногда особенный характеръ болей зависитъ отъ давленія, причиняемаго на тазовые нервы прикрѣпляющимся послѣдомъ. Такъ, Gaillard Thomas [310] и Pureføy [180] наблюдали характерную для ischias'а боль нижнихъ конечностей. Однако, не взирая на эти исключительные случаи, общей характеристики болей при брюшной беременности нельзя представить, и, вопреки мнѣнію авторовъ, перитонитическія боли вовсе не такъ часто наблюдаются при брюшной беременности, что, вѣроятно, находитъ себѣ объясненіе въ предположеніи Huerre [180], Freund'а [120] и Guichard'а [145] относительно большой разницы процесса укрѣпленія яйца на брюшинѣ и простаго воспаленія брюшины. Хотя нельзя, съ другой стороны, отвергать связи этихъ болей съ тѣми перитонитическими страданіями, которыя отмѣчены несомнѣнно уже въ этомъ раннемъ періодѣ для 14 случаевъ съ выраженнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, истощеніемъ и анеміей въ 3 изъ нихъ, и мѣстными признаками развитія опухоли, которая, помѣщаясь обыкновенно въ нижней части живота, вызываетъ, кромѣ болей, и другія явленія, указывающія на давленіе тазовыхъ органовъ: разстройства мочеиспусканія (dysuria 6 разъ, incontinentia 1 разъ) 7 разъ, разстройства отправленій кишечника 6 разъ (тенезмы и запоры). Особенное вниманіе на эти разстройства отправленія кишечника обращаетъ Freund [120], ставя ихъ въ зависимость отъ прикрѣпленія послѣда на прямой кишкѣ. Матка, по мнѣнію однихъ авторовъ, симпатически принимаетъ участіе въ патологическихъ процессахъ при брюшной беременности; другіе авторы считаютъ это ея участіе или вовсе отсутствующимъ, или гораздо меньшимъ, чѣмъ при другихъ формахъ внѣматочной беременности (Baudelocque, Hecker, Depaul). Къ сожалѣнію, я нашелъ только въ 10 случаяхъ необходимыя указанія относительно величины матки въ этомъ періодѣ:

въ случ. Freund'а [120e] матка была увеличена въ два раза на II—V мѣс.

| | |
|---|---|
| въ сл. Mühsam<br>Gaillard Thomas [176m]<br>Witten [402] | матка найдена увеличенною на III мѣс. |

въ сл. Polaillon [302]
Fulcher [123a] } матка увеличена на V мѣс.

въ сл. Chevalier [67] величина матки была на V мѣс. 13 ctm.
въ сл. Purefoy [310] „ „ „ „ „ „ $5^1/_2$ дюйм.

(Въ сл. Witten была найдена фиброзная опухоль матки, и послѣдъ прикрѣплялся на ней).

Нормальныхъ размѣровъ въ этомъ періодѣ матку нашли Тарновскій [447] и Васильевъ [410]. Во всякомъ случаѣ, изъ этого небольшаго числа наблюденій видно, что и при брюшной беременности матка иногда достигаетъ довольно рано большихъ сравнительно размѣровъ (13 ctm.—14 ctm. длины).

Относительно смѣщенія матки вслѣдствіе развитія плоднаго мѣшка найдено, что матка была смѣщена:

| | |
|---|---|
| внизъ (выпаденіе) 3 раза . . . . . . | Teuffel [367]<br>Gusserow [146]<br>Br. Hicks [41] |
| внизъ (опущеніе) 1 разъ. . . . . . . | Deschamps [91] |
| впередъ „ 2 раза . . . . . . | O'Hara [285]<br>Gaillard Thomas [126f] |
| впередъ и вверхъ 1 разъ . . . . . . | Gaillard Thomas [126m] |
| впередъ и вправо 2 раза . . . . . . | Freund V [124]<br>Chevalier [67] |
| anteflexio. . . 1 разъ . . . | Witten [402] |
| retroflexio . . 1 „ . . . . . | Mühsam [267] |
| норм. положеніе 1 „ . . . . . | Тарновскій [447] |
| подвижность. . 1 „ . . . . . | Fulcher [123]. |

Смѣщеніе матки, зависящее отъ положенія опухоли по преимуществу въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ болѣе или менѣе срединно и иногда довольно низко, объясняетъ вышеприведенныя смѣщенія матки впередъ (4 раза), внизъ (3 раза), вверхъ (1 разъ), какъ болѣе частыя формы, тогда какъ боковое смѣщеніе и перегибъ матки назадъ встрѣчаются гораздо рѣже.

Decidua выдѣлилась изъ матки въ этомъ раннемъ періодѣ только 4 раза: въ случаѣ Freund'а [120c] на II—V мѣсяцѣ, въ случаѣ Lange [206a]—на III мѣс., въ сл. Gaillard Thomas'а [126m]—на III—IV мѣс. и O'Hara [285]—на V мѣсяцѣ. Изъ этого видно, что decidua при брюшной беременности хотя и образуется, но выдѣляется рѣдко въ теченіе первыхъ пяти мѣсяцевъ беременности.

Относительно самаго важнаго признака при объективномъ изслѣдованіи, этого, такъ сказать, corpus delicti внѣматочной беременности, т. е. самой опухоли плоднаго мѣшка, указанія найдены мною только 15 разъ:

1. Опухоль величиною съ головку плода на III—IV мѣс. . . . . . . . . . . . G. Thomas [126m]
2. Опухоль велич. съ головку плода, шарообразная, надъ лоннымъ соединеніемъ, на III м. . . . . . . . . . . . . . Dahlmann [80].
3 { Опухоль замѣчена самою больною на — Сутугинъ [445].
4 { III мѣсяцѣ . . . . . . . . . . . Deschamps [91].
5. Опухоль велич. съ головку ребенка, мягкая, съ тяжами, въ заднемъ сводѣ, на IV м. . . . . . . . . . . . . Тарновскій [447].
6. Опухоль ростущая, слѣва (Haematocele) на IV мѣс. . . . . . . . . . . White [394].
7 { Замѣченъ больною постепенно увеличи-
8 { вающійся объемъ живота на IV м. . Butleau [49].
9 { тоже на V м. . Rouzol [37].
10. Опухоль живота на 3 пальца выше симфиза, справа твердая, бугристая, ощущается черезъ задній сводъ отдѣльно отъ матки, на IV мѣсяцѣ . . . . . Weiss [390].
11. Двѣ опухоли, одна—съ яблоко, на ножкѣ, слѣва, другая, флюктуирующая, менѣе подвижная, справа (сердцебіеніе), на V мѣс. Guichard.
12. Опухоль въ заднемъ Douglas'ѣ . . . Mühsam
13. тоже G. Thomas VI.

14. тоже на V мѣс. O'Hara.
15. Опухоль въ заднемъ сводѣ и слѣва въ животѣ выше пупка на V мѣс. . . . Purefoy.

Трудно составить себѣ понятіе о ходѣ роста опухоли въ первые мѣсяцы беременности на основаніи этихъ немногочисленныхъ данныхъ, но тѣмъ не менѣе изъ нихъ видно, что опухоль иногда уже на III и IV мѣсяцѣ достигаетъ величины головки ребенка, причемъ ростъ ея—и вмѣстѣ съ нею увеличеніе живота,—становится рано замѣтнымъ для больной. При объективномъ же изслѣдованіи находили относительно часто въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, или черезъ брюшныя стѣнки, шарообразную, иногда подвижную, иногда флюктуирующую или твердую бугристую опухоль, не находящуюся въ связи съ маткою, причемъ иногда удается опредѣлить по консистенціи, пульсацію сосудовъ и присутствію тяжей прикрѣпляющійся въ Douglas'овомъ пространствѣ (сл. O'Hara и Тарновскаго) послѣдъ.

## Второй періодъ брюшной беременности.

Для описанія этого періода я воспользовался 108 случаями брюшной беременности.

Тогда какъ въ первомъ періодѣ субъективные признаки беременности вообще играли довольно видную роль, здѣсь страданія больной отходятъ, повидимому, на задній планъ, такъ какъ о боляхъ и разстройтвѣ органовъ пищеваренія мы имѣемъ здѣсь не особенно много указаній. Правда, что изъ числа 23 случаевъ перваго періода, гдѣ были замѣчены боли, онѣ съ тѣмъ же характеромъ продолжали являться и въ этомъ періодѣ и описаны два раза (Chayé[166] и Teuffel[167]) появившимися на VI мѣсяцѣ; но эти боли, какъ мы увидимъ дальше, составляли только второстепенный симптомъ при другихъ, болѣе характеризующихъ этотъ періодъ явленіяхъ, какъ напр. движенія плода, ложные роды или другіе процессы, характеризующіе исходъ брюшной беременности, такъ какъ

большое число случаевъ брюшной беременности (57) оканчивается въ этомъ II-мъ періодѣ.

Точно также ничего почти новаго нельзя сказать относительно регулъ и другихъ выдѣленій изъ матки и о мѣстныхъ и общихъ разстройствахъ въ организмѣ брюшинно-беременной. Эти всѣ явленія, на которыя мы старались обратить вниманіе при изложеніи перваго періода, такъ какъ они составляли единственную точку опоры для постановки діагноза, здѣсь имѣютъ гораздо меньше значенія, въ виду появившихся положительныхъ признаковъ беременности и болѣе выраженныхъ объективныхъ признаковъ, на основаніи которыхъ больше, повидимому, имѣется возможности,—разъ уже беременность вообще не подлежитъ сомнѣнію,—отличить маточную беременность отъ внѣматочной вообще и брюшинной въ частности. Въ виду чего, остановившись вкратцѣ на видоизмѣненіяхъ патологическихъ явленій, которыя наблюдались уже въ первомъ періодѣ, я затѣмъ перейду къ описанію измѣненій матки, роста и характеристики опухоли внѣматочнаго плоднаго мѣшка, характерныхъ для этого періода ложныхъ родовъ и проявленій жизни и смерти плода.

Относительно *регулъ* въ этомъ періодѣ можно прибавить только, что онѣ продолжали отсутствовать тамъ, гдѣ ихъ не было въ первомъ періодѣ, и что онѣ вновь появились 6 разъ (Benicke[21], Еджубовъ[415], Chayé[66a], Mc.Collom[256], Wysin[403] и Carter[57]), и то только послѣ срока беременности, послѣ смерти плода и срочныхъ ложныхъ родовъ, т. е. тогда, когда брюшная беременность закончила свое прогрессивное развитіе и начались уже процессы регрессивные или исходные для брюшинной беременности.

Одинъ разъ только, въ случаѣ Carter'a[57], безъ видимой причины онѣ возвратились и были неправильны съ VI по X мѣсяцъ (можетъ быть, это были патологическія кровотеченія). Кровотеченія наблюдались въ этомъ періодѣ или, вѣрнѣе, въ концѣ этого періода 10 разъ, и также послѣ смерти плода (5 разъ), при ложныхъ родахъ и послѣ нихъ (2 раза), при выхожденіи deciduae 2 раза, и только одинъ разъ, въ случаѣ

Wysin'a, кровотеченіе происходило съ VI по VII мѣсяцъ въ замѣнъ правильныхъ регулъ. Въ случаѣ Carter'a[57] b, послѣ смерти плода и кровотеченія на VI мѣсяцѣ, наблюдалось съ VI—IX мѣсяцъ гнойное истеченіе изъ половыхъ органовъ.

Общее состояніе больныхъ во второмъ періодѣ названо хорошимъ въ 2 случаяхъ (Dahlmann[80] и Еджубовъ) при жизни плода. Лихорадочное состояніе 6 разъ отмѣчено въ началѣ исходнаго періода, при ложныхъ родахъ и смерти плода.

Колляпсъ наблюдался въ случаѣ Gusserow'a[146] при смерти плода.

Обморокъ во время ложныхъ родовыхъ болей тоже одинъ разъ (Сутугинъ[445]).

Перитонитъ наблюдался въ этомъ періодѣ всего только 4 раза (Polaillon[302], Freund[120], Teuffel[367], Гугенбергеръ[414]) раньше срока и 1 разъ (Cederschjöld[71]) какъ результатъ разрыва плоднаго мѣшка.

Phlegmasia alba dolens 2 раза (Polaillon[302], Guichard[145]). Отёкъ одной только лѣвой ноги 1 разъ (Macdonald[236]). Это явленіе—скажу между прочимъ—Antoine Petit[298] считалъ характерпымъ признакомъ внѣматочной беременности. Небольшое количество данныхъ относительно общаго состоянія здоровья при разбираемой нами формѣ беременности зависитъ, главнымъ образомъ, оттого, что вообще брюшная беременность въ первыхъ двухъ періодахъ сравнительно рѣдко подвергается врачебному наблюденію, а это обстоятельство допускаетъ, мнѣ кажется, выводъ, что женщина при этой формѣ беременности чувствуетъ себя относительно хорошо, и если она уже раньше была беременна, то не замѣчаетъ особенно рѣзкой разницы между предшествовавшими и настоящею своею беременностью. Дальше мы увидимъ, что цифра наблюдающихся случаевъ увеличивается для исходнаго періода послѣ срока окончанія беременности и ложныхъ родовъ, которые впервые даютъ возможность больнымъ заподозрить рѣзкую аномалію послѣдней беременности, протекшей, повидимому, нормально.

О состоянии матки въ этомъ періодѣ мы располагаемъ слѣдующими данными:

Матка была:

1) немного увеличена на VI мѣс. . . . Freund[120], сл. IX
2) немного увеличена на VIII мѣс. . . Lange[206] сл. I
3) увеличена на V—VII мѣс. . . . . Barnes[18]
4) увеличена на X м. (на вскрытіи) . . Гугенбергеръ[414]
5) увеличена въ срокъ . . . . . . . . Rousseau[329]
6) увеличена . . . . . . . . . . . } Gousserow[146]
7) увеличена . . . . . . . . . . . }
8) увеличена въ 2 раза на IX—X мѣс. . Freund[120b]
9) увеличена—5 дюймовъ длины—на VII м. Macdonald[236]
10) увеличена—9 ctm. или 4 дюйма—на V м. Möricke[265]
11) увеличена до 12 ctm. длины и 10 ctm. ширины въ срокъ окончанія беременности (на вскрытіи). . . . . Cederschjöld[71]
12) увеличена какъ на 2-мъ мѣс. беременности во время ложныхъ родовъ. . Rutledge[332]
13) увеличена 10 ctm. въ срокъ . . . . Löhlein[227]
14) не увеличена на VI мѣс. . . . . Br.Hicks[41]
15) не увеличена на X мѣс. . . . . . Dahlmann[80]

Изъ этой таблицы мы видимъ, что матка изъ 15 случаевъ въ 13-ти была увеличена. Наибольшая величина ея опредѣляется цифрами въ 4 дюйма на V·мѣсяцѣ, въ 5 дюймовъ на VII мѣс. Въ срокъ окончанія беременности длина матки достигаетъ 10 — 12 ctm. длины, иногда же матка бываетъ въ 2 раза больше нормальной.

Смѣщенія матки:

1) вверхъ и влѣво на VII мѣсяцѣ. . Chayé[66]
2) впередъ и вправо на VI мѣс. . . Freund[120], сл. IX
3) впередъ и влѣво на V—VI мѣс. . Barnes[18]
4) вправо на X мѣсяцѣ . . . . . Cederschjöld[71]
5) впередъ . . . . . . . . . . . Сутугинъ[445]
6) внизъ (выпаденіе) . . . . . . Гугенбергеръ[414]
7) то-же . . . . . . . . . . . Br.Hicks[41]

Хотя Depaul считаетъ смѣщеніе матки важнымъ признакомъ для отличія нормальной беременности отъ брюшной, оно наблюдается, повидимому, рѣдко въ этомъ періодѣ; изъ 7 нашихъ случаевъ, матка была смѣщена въ сторону 4 раза, впередъ 3 раза, внизъ 2 раза и вверхъ 1 разъ.

Подробное изслѣдованіе внѣматочной плодной опухоли мы нашли 6 разъ въ этомъ періодѣ:

1. На VI мѣсяцѣ: опухоль съ дѣтскую головку, круглая, эластическая, чувствительная, срощенная съ окружающими органами; признаки жизни плода объективно не опредѣляются, хотя движенія плода ощущаются больною. (Случай Freund'a[120] IX).

2. На VII мѣсяцѣ: опухоль въ крестцовой впадинѣ съ ясно ощущаемыми движеніями плода, причемъ, однако, части плода не прощупываются. (Случай Chayé, l. c. p. 80).

3. На VII—VIII мѣс. опухоль живота подвижная выше пупка; плодъ лежалъ во второмъ поперечномъ положеніи; активныя движенія его ясно опредѣлялись; слѣва ниже пупка и черезъ задній сводъ vaginae опредѣлялась другая опухоль, эластическая, зависящая отъ помѣщающагося здѣсь последа. (Случай Guichard'a[145]).

4. На VII мѣс. опухоль въ лѣвой сторонѣ живота, продолговатая, простирающаяся изъ лѣвой паховой области до края ложныхъ реберъ, съ ясно ощущаемыми движеніями плода. (Сл. Chapmann'a[63]).

5. На IX мѣс. опухоль, расположенная срединно въ животѣ и отдѣльно отъ матки въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ; головка плода прощупывается въ правомъ паху, плодъ мертвый. (Случай Сутугина[414]).

6. На X мѣсяцѣ при вскрытіи найдена опухоль живота въ 12 и 8 дюймовъ діаметра, простирающаяся изъ задняго Дугласоваго пространства до желудочной области, срощенная съ окружающими частями и нагноившаяся.

Изъ этого небольшаго числа случаевъ все-таки же можно составить себѣ нѣкоторое понятіе о тѣхъ данныхъ, которыя получаются при изслѣдованіи плоднаго мѣшка въ этомъ пе-

ріодѣ. На 6-мъ мѣсяцѣ небольшая опухоль (съ головку ребенка) быстро растетъ въ теченіе второй половины беременности, слѣдуя увеличенію объема плода, если онъ живъ. Къ концу беременности опухоль занимаетъ бо̀льшую часть полости живота, причемъ въ ней уже съ VII-го мѣсяца удается прощупать части плода, опредѣлить движенія и сердцебіеніе плода.

Въ виду немногихъ несомнѣнно характерныхъ для внѣматочной беременности признаковъ находится образованіе и выдѣленіе изъ матки deciduae verae. Это явленіе настолько важно, что оно обращаетъ вниманіе не только врачей, но и больныхъ, и потому относительно его мы обладаемъ бо̀льшимъ количествомъ наблюденій, чѣмъ относительно разобранныхъ нами выше симптомовъ. Интересно также, въ виду большаго разногласія авторовъ, не только опредѣлить частоту образованія deciduae, но и обстоятельства, сопровождающія выдѣленіе ея изъ матки.

Изъ общаго числа 120 случаевъ брюшной беременности, въ 4-хъ случаяхъ decidua выдѣлилась, какъ мы уже говорили выше, въ теченіе перваго періода беременности. Въ разбираемомъ нами второмъ періодѣ объ отпадающей оболочкѣ мы имѣемъ слѣдующія свѣдѣнія въ 20-ти случаяхъ:

Decidua или часть ея выдѣлилась:

1. Между II и V мѣсяцами при повторныхъ кровотеченіяхъ. (Случай Freund'a[120] V).
2. На III мѣс., при кровотеченіи сгустками, плодъ остался живъ (Lange[206], сл. I).
3. При явленіяхъ угрожающаго разрыва плоднаго мѣшка на 6-мъ мѣсяцѣ (O'Hara[285]).
4. Въ концѣ III-го мѣсяц. при кровотеченіи (Gaillard Thomas [526], XIII).
5. На V мѣс. при смерти плода и боляхъ (Chalmers[61]).
6. На VII мѣс. при кровотеченіи и смерти плода (Klau[196]).
7. На VIII мѣс.—ребенокъ остался живъ (Carter[57], I).
8. На VIII мѣс. при явленіяхъ выкидыша и очень сильномъ кровотеченіи (Chapmann[63]).

9. На VIII мѣс. при явленіяхъ ложныхъ родовъ и черезъ мѣсяцъ почти послѣ смерти плода (Ribemont[318]).
10. На VIII мѣс. безъ ложныхъ родовъ (Сутугинъ[445]).
11. На IX мѣс.—плодъ остался живъ, не смотря на ложные роды, которые были за мѣсяцъ раньше выдѣленія deciduae (Lange[206] II).
12. Въ срокъ окончанія беременности при ложныхъ родахъ и 18 дней послѣ смерти плода (Gusserow[146]).
13. Вѣроятно, при срочныхъ ложныхъ родахъ, вмѣстѣ со сгустками крови (Bouzol[37]).
14. Въ срокъ окончанія беременности при кровотеченіи, плодъ умеръ уже на VI мѣсяцѣ беременности (Weinlechner[369]).
15. Въ срокъ окончанія беременности при ложныхъ родовыхъ боляхъ и кровотеченіи, ребенокъ остался живъ (?) (Teuffel[367]).
16. Въ срокъ конца беременности при ложныхъ родахъ и смерти плода (Толочиновъ[448], II).
17. Въ срокъ, при ложныхъ родахъ, кровотеченіи, причемъ констатированы сокращенія матки и плодъ умеръ (Gusserow[147]).
18. Послѣ срока (Benicke[24]).
19. Послѣ срочныхъ ложныхъ родовъ черезъ недѣлю (Löhlein-Hofmeier[227]).
20. Послѣ срока и черезъ 22 дня послѣ ложныхъ родовъ (Chauvenet et Negri[75]).
21. Decidua выдѣлилась (Möricke[235]).
22. При кровотеченіи на VIII м. (Deschamps[91]).
23. Послѣ срока и смерти плода (Толочиновъ[448], III).
24. Decidua на VII мѣс. найдена при вскрытіи въ неувеличенной маткѣ (Br. Hicks[41]).

Изъ этой таблицы видно, что образованіе deciduae наблюдается при брюшной беременности довольно часто: на 120 случаевъ 24 раза, что составляетъ 20% случаевъ.

Выдѣленіе ея произошло:

| | |
|---|---|
| между II и V мѣсяцами . . . | 5 разъ |
| на VII-мъ мѣсяцѣ . . . . . | 2 раза |
| „ VIII-мъ „ . . . . . | 5 разъ |
| „ IV-мъ „ . . . . . | 1 „ |
| въ срокъ окончанія беременности | 6 „ |
| послѣ срока . . . . . . . | 4 раза |

Изъ этого можно вывести заключеніе, что при брюшной беременности decidua выдѣляется позже, чѣмъ при трубной, а именно послѣ пятаго мѣсяца и чаще всего въ срокъ окончанія беременности.

Выдѣленіе deciduae сопровождается обыкновенно кровотеченіями, иногда очень сильными (сл. Chapmann'а), и не находится въ неразрывной связи со смертью плода, такъ какъ 4 раза плодъ пережилъ этотъ процессъ, и нѣсколько разъ decidua выдѣлилась долго спустя послѣ смерти плода. Ложныя родовыя боли не обязательно сопровождаютъ выдѣленіе deciduæ, которое, какъ констатировано Gusserow'ымъ, зависитъ отъ сокращеній матки.

## Ложные роды.

Къ сроку окончанія нормальной беременности, т. е. къ концу 10-го мѣсяца, и при внѣматочной беременности наблюдается картина родоваго акта, настолько похожая на нормальные начинающіеся роды, что не только больныя, но и врачи иногда вводятся въ заблужденіе. Разумѣется, этотъ актъ не заканчивается рожденіемъ ребенка, и потому онъ-то именно и выясняетъ діагнозъ въ сомнительныхъ случаяхъ. Безуспѣшность этой родовой дѣятельности наводитъ иногда впервые на мысль о ненормальности данной беременности. Ложные роды (spurious labor, faux travail) заслуживаютъ особеннаго вниманія при объясненіи причины наступленія нормальныхъ срочныхъ родовъ, и правильность ихъ наступленія

обыкновенно вполнѣ въ срокъ окончанія беременности опровергаетъ лучше всякихъ разсужденій всѣ теоріи наступленія родовъ, ставящія ихъ въ связь съ извѣстными измѣненіями матки, со зрѣлостью или смертью плода и т. д., и заставляетъ искать новыя, болѣе подходящія объясненія.

Barnes [16] ищетъ объясненія для наступленія родовъ въ состояніи раздражительности центральной нервной системы; профессоръ Славянскій [440] также высказывается за причину родовъ, зависящую отъ нервной системы, тогда какъ другіе авторы видятъ причину ложныхъ родовъ, согласно взгляду Schröder'а на нормальные роды, въ жировомъ перерожденіи deciduae, образующейся въ маткѣ при внѣматочной беременности. Но мы уже видѣли, что тѣсной связи между выдѣленіемъ deciduae, смертью плода и ложными родами не существуетъ: эти три явленія могутъ наблюдаться и совершенно отдѣльно, и очевидно, слѣдовательно, не составляютъ комплекса явленій, зависящаго отъ одной общей причины.

Мы здѣсь, слѣдовательно, не будемъ дольше останавливаться на объясненіи этихъ загадочныхъ явленій, а прямо обратимся къ фактамъ, лучше всякихъ теорій выясняющимъ дѣйствительность.

На 120 случаевъ брюшной беременности о ложныхъ родахъ указанія имѣются 67 разъ слѣдующія:

| | | |
|---|---|---|
| ложные роды наступили въ срокъ . . . | 35 | разъ |
| ложные роды наступили на VIII м. бер. | 12 | „ |
| ложныхъ родовъ вовсе не было. . . . | 20 | „ |

Изъ этого видно, что ложные роды нерѣдко бываютъ преждевременными и довольно часто могутъ и вовсе отсутствовать.

Посмотримъ, какія явленія наблюдаются одновременно съ безуспѣшными родовыми болями.

Срочные ложные роды сопровождались:

21 разъ смертью плода.

4 раза ребенокъ умеръ раньше.

4 раза ребенокъ остался живъ.

Только 4 раза ложные роды сопровождались выхожденіемъ

deciduae: при смерти плода 3 раза и 1 разъ при жизни плода.

Одинъ разъ при этомъ наблюдалось прямо сокращеніе матки (Gusserow[147]).

Кровотеченіе изъ матки было 7 разъ.

Одинъ разъ выпаденіе матки, и 2 раза только она была открыта.

Мы видимъ, слѣдовательно, что ложные роды далеко не всегда сопровождаются выхожденіемъ deciduae, и хотя наблюдалось при нихъ сокращеніе матки, но только одинъ разъ, и нельзя пока сказать, чтобы это сокращеніе и было причиною клинической картины срочныхъ родовъ. Смерть плода часто сопровождала эти роды, но они наблюдались также и послѣ смерти плода, и при жизни его, что даетъ тоже право сомнѣваться въ причинѣ родовъ, зависящей отъ состоянія плода. Ложные роды, однако, 12 разъ на 67 случаевъ были преждевременными, что, повидимому, зависѣло отъ ранней смерти плода, и ни разу при этомъ не замѣчено выхожденія deciduae. Чаще они бывали на VIII мѣс., и раньше VI мѣсяца не наблюдались. Здѣсь еще труднѣе опредѣлить причину ихъ наступленія. Два раза только они, повидимому, обусловлены были травмою.

Кромѣ того, 25 разъ не наблюдалось вовсе ложныхъ родовыхъ болей. Правда, что въ нѣкоторыхъ изъ нихъ смерть матери произошла рано, но 2 раза вышла decidua и 2 раза умеръ плодъ безъ ложныхъ родовъ; 8 разъ смерть плода произошла раньше. Повидимому, преждевременная смерть плода какъ будто предшествуетъ наступленію ложныхъ родовъ. Разнообразіе и непостоянство только-что перечисленныхъ признаковъ не даютъ, разумѣется, возможности на нихъ основывать характеристику ложныхъ родовъ. Причину ихъ наступленія нельзя пока еще опредѣлить; во всякомъ случаѣ нельзя согласиться съ Baumgarten'омъ [21], который полагаетъ, что „о родовыхъ боляхъ можно говорить только когда выдѣляется decidua, и сущность родовыхъ болей лежитъ въ сокращеніяхъ матки". Это мнѣніе основано на одномъ дѣйствительно крайне

рельефномъ наблюденіи Gusserow'a, но зато есть также тщательныя наблюденія (Rutledge [332]), гдѣ сокращеній матки во время ложныхъ родовъ не наблюдалось. Относительно же отдѣленія deciduae мы видѣли, что оно рѣдко сопровождаетъ ложные роды: изъ нашихъ 35 срочныхъ ложныхъ родовъ оно наблюдалось только 3 раза (сл. Gusserow'a [117], Teuffel'a [367] и Bouzol [37]). Главный признакъ и сущность ложныхъ родовъ представляютъ боли, которыя обыкновенно имѣютъ характеръ періодическихъ, перемежающихся схватокъ, вообще по характеру своему похожихъ на нормальныя родовыя боли въ первые 2 періода родовъ. Продолжительность ложныхъ родовъ бываетъ очень разнообразна, отъ 36 часовъ (сл. Mc. Collom [256]) до нѣсколькихъ недѣль (Rutledge [332]). Parry [294] нашелъ нѣсколько случаевъ, гдѣ ложные роды наступали повторно черезъ 12 дней, черезъ 4—6 недѣль и больше (p. 112). Послѣ сопровождавшаго роды кровотеченія, какъ уже указывалъ Parry, иногда бываетъ отдѣленіе ex sexualibus, похожее на lochia. Изъ собранныхъ мною случаевъ только одинъ разъ подобное явленіе наблюдалось Carter'омъ [57].

*Жизнь плода.* Первые признаки жизни плода, какъ и при нормальной беременности, обыкновенно появляются около V-го мѣсяца беременности. Изъ моихъ 120 случаевъ только 91 случай можетъ войти въ счетъ при разборѣ явленій, относящихся къ жизни плода. *Движенія* плода отмѣчены 40 разъ. Они замѣчались всегда съ конца IV-го или начала V-го мѣсяца и были болѣзненны для матери 5 разъ (въ случаяхъ Schade [337], Jessop'a [190], Angello Leite [218], Freund [120], Gusserow [146]). Въ случаѣ Юзефовича [154] шевеленіе ребенка стало болѣзненно только при наступленіи ложныхъ родовъ. Кромѣ того, 2 раза (Rousseau [329], Galli [130]) движенія плода были сильныя. Въ случаѣ Lange [206] съ появленіемъ движеній ребенка здоровье матери ухудшилось, и, напротивъ того, боли, ощущавшіяся больною, стихли при появленіи движеній плода въ случаѣ Гугенбергера [414]. Что шевеленіе плода не всегда опредѣлялось объективно, а чаще только было явленіемъ субъективнымъ—это не удивительно: такой особенно рельефный случай наблюдался

Freund'омъ [120]; зато гораздо удивительнѣе отсутствіе всякаго субъективнаго ощущенія при несомнѣнномъ констатированіи движеній плода путемъ объективнаго изслѣдованія на VIII-мъ мѣсяцѣ беременности въ случаѣ Chapmann'a[63]. Шевеленіе плода вовсе не наблюдалось въ случаѣ Богаевскаго[409] и Freund'a [120m].

Далеко не такъ постоянно наблюдается *сердцебіеніе* внѣматочнаго плода; оно въ моихъ случаяхъ брюшной беременности наблюдалось только всего 4 раза—въ случаяхъ Guichard'a [145], Толочинова[418], Carter'a[57] и Polaillon[302]. Въ случаѣ Chayé [66] плодъ былъ несомнѣнно живой, такъ какъ шевеленіе его опредѣлялось объективно, и тѣмъ не менѣе сердцебіеніе его на VII мѣсяцѣ не было слышно. Подобное явленіе, по Depaul'ю, объясняется положеніемъ плода спинкою взадъ. *Пляцентарный шумъ* наблюдается тоже рѣдко—всего 2 раза (въ случаяхъ Polaillon'a[302] и Br. Hicks'a[41]) на VI мѣс. беременности. Шумъ этотъ зависитъ отъ пляцентарнаго кровообращенія, но онъ можетъ быть не слышенъ, если послѣдъ прикрѣпляется не на передней стѣнкѣ живота. *Баллотированіе плода*, повидимому, не можетъ считаться вѣрнымъ и постояннымъ признакомъ внѣматочной беременности, какъ это думаетъ Gaillard Thomas [126], такъ какъ оно наблюдалось довольно рѣдко (въ случаяхъ Gaillard Thomas'a [126 c-b], Rousseau [329], Lange [206]).

*Смерть плода.* Обыкновенно говорятъ, что именно при брюшной беременности плодъ болѣе или менѣе достигаетъ полнаго развитія и умираетъ только, при наступленіи ложныхъ родовъ, въ нормальный срокъ окончанія беременности. Провѣряя это мнѣніе на основаніи фактическихъ данныхъ нашихъ 120 случаевъ брюшной беременности, мы находимъ, что въ 40 случаяхъ время наступленія смерти плода осталось неизвѣстнымъ, въ остальныхъ же 80 случаяхъ можно различить три категоріи: 1) случаи, гдѣ плодъ умеръ раньше срока окончанія беременности, 2) въ срокъ и 3) сомнительные случаи, гдѣ плодъ, повидимому, пережилъ срокъ окончанія нор-

мальной беременности (случаи Teuffel [367], Atkinson [8], Czaplicki [452] и Thissen [369]).

Смерть плода наступила:

| | | | |
|---|---|---|---|
| на III | мѣсяцѣ | 2 | раза |
| „ IV | „ | 4 | „ |
| „ V | „ | 6 | „ |
| „ VI | „ | 5 | разъ |
| „ VII | „ | 10 | „ |
| „ VIII | „ | 14 | „ |
| „ IX | „ | 7 | „ |
| Раньше | срока | 2 | раза |
| | | 50 | разъ. |

Въ срокъ . . . . . . . . 30 „

Неизвѣстно когда . . . . 35 „

Плодъ убитъ на VI мѣсяцѣ 1 разъ.

„ „ рано „ 1 „

Плодъ жилъ до операціи на VIII и XI мѣсяц. . . . 3 раза.

Мы видимъ, что смерть плода на 80 разъ наступила въ большинствѣ случаевъ ( 50 р.) до наступленія срока беременности, что до нѣкоторой степени опровергаетъ установившееся вышепреведенное мнѣніе о созрѣваніи плода при брюшной беременности; но все-таки же и на основаніи вышеприведенныхъ цифръ оказывается, что въ большинствѣ случаевъ при брюшной беременности плодъ достигаетъ періода жизнеспособности, т. е. VII-го и VIII-го мѣсяцевъ. Интересно знать, какія причины обусловливаютъ здѣсь смерть плода: главная причина смерти плода въ срокъ беременности лежитъ, разумется, въ тѣхъ экспульсивныхъ движеніяхъ, которыя сопровождаютъ ложные роды и обусловленное ими отдѣленіе послѣда и пляцентарное кровотеченіе *). Ранняя смерть плода

---

*) Случай Cusserow'a [146].

наступаетъ: 1) при разрывѣ плоднаго мѣшка; 2) при преждевременныхъ ложныхъ родахъ; 3) при выдѣленіи deciduae и другихъ случайныхъ причинахъ, какъ травма и т. п.

## Третій періодъ брюшной беременности.

Брюшная беременность не всегда заканчивается въ нормальный срокъ окончанія маточной беременности; напротивъ того, именно то обстоятельство, что роды оказались ложными, и составляетъ характеристику внѣматочной беременности. Этотъ третій періодъ можно, пожалуй, сравнить съ послѣродовымъ періодомъ и назвать его періодомъ исходнымъ.

Въ организмѣ матери начинаются процессы обратной инволюціи и стремленія элиминировать мертвый плодъ.

Не говоря пока еще объ элиминаціи плода, мы остановимся сначала на измѣненіяхъ въ организмѣ матери въ этомъ періодѣ.

Регулы послѣ ложныхъ родовъ обыкновенно возвращаются, но матка, бывшая увеличенною, не всегда претерпѣваетъ обратную инволюцію.

Такъ, мы находимъ, что матка была:

1) не увеличена черезъ $2^1/_2$ мѣсяца послѣ срока. Bouzol [37]
2) длиною $4^1/_2$ ctm. черезъ 3—4 мѣс.. . . Polaillon [302]
3) длиною 3 дюйма черезъ 1 мѣс. . . . . Толочиновъ [448b]
4) нормальной величины на 1 мѣс.. . . . Michie [250]
5) атрофирована черезъ 4 мѣс. . . . . . Богаевскій [40]
6) норм. величины черезъ 1 годъ послѣ зачатія. Bergwall [26]
7) нормальной черезъ 10 лѣтъ. . . . . . Paschal [295]
8) увеличена (какъ на 5 мѣсяцѣ беременности) черезъ 6 мѣс. послѣ срока и смерти плода на VII мѣс. бер. . . . . . . . . Толочиновъ [447]
9) увеличена чрезъ 4 года послѣ срока . . Bell [22]
10) длиною 9 ctm. черезъ $^1/_2$ года послѣ срока. Teuffel [367]
11) увеличена черезъ 4 мѣс. послѣ срока. . Müller [268d]

Въ этихъ 11 случаяхъ матка, слѣдовательно, послѣ срока была 5 разъ нормальной величины, 2 раза меньше нормы и 4 раза осталась увеличенною послѣ X мѣс. беременности. О положеніи матки имѣются въ 10 случаяхъ слѣдующія свѣдѣнія. Матка была смѣщена:

| | | | |
|---|---|---|---|
| впередъ и влѣво . . . . . . . . . | 1 | разъ | Толочиновъ[448b] |
| впередъ и внизъ. . . . . . . . . . | 1 | „ | Carter[57] |
| внизъ выпаденіе передн. стѣнки vaginae черезъ 6 мѣс. послѣ срока . . | 1 | „ | Benicke[24] |
| взадъ черезъ 3—4 м. послѣ срока. | 2 | раза | Polaillon[302] |
| впередъ. . . . . . . . . . . . | 2 | „ | Priestley |
| вверхъ черезъ 7 м. послѣ срока. . | 1 | разъ | Czaplicki[412] |
| влѣво черезъ 2—3 мѣс. . . . . . | 1 | „ | Bergwall[2c] |
| Матка не смѣщена . . . . . . . . | 1 | „ | Michie[260] |

Мы имѣемъ на 10 случаевъ 9 разъ смѣщеніе матки и только одинъ разъ нормальное ея положеніе. Направленіе смѣщенія было 4 раза впередъ, 3 раза внизъ, 2 раза влѣво, 1 разъ вверхъ и 1 разъ назадъ.

Маточная шейка найдена короткою 1 разъ (Benicke[24]) и зѣвъ открытымъ 1 разъ (Bell[22]). При изложеніи симптомовъ перваго періода мы уже говорили о симпатическихъ измѣненіяхъ, наблюдаемыхъ въ грудныхъ железахъ при брюшной беременности; въ исходномъ періодѣ имѣются также данныя по этому вопросу. Отдѣленіе молока наблюдалось послѣ смерти плода 6 разъ (въ случ. Толочинова[448], Carter'а[57], Chayé[166b], Angello Leite[218], Сутугина[445] и Pinard'а[300]). Одинъ разъ молоко пропало послѣ ложныхъ родовъ (сл.Толочинова[448b]). Для охарактеризованія разбираемаго нами періода беременности, который аналогиченъ послѣродовому періоду при маточной беременности, необходимо хотя вкратцѣ еще остановиться на измѣненіяхъ, замѣчаемыхъ тотчасъ послѣ ложныхъ родовъ или послѣ смерти плода въ опухоли плоднаго мѣшка, тогда какъ различныя послѣдовательныя ея измѣненія будутъ разобраны отдѣльно, при изложеніи исходовъ брюшной беременности.

Плодный мѣшокъ послѣ ложныхъ родовъ и смерти плода обыкновенно уменьшается въ объемѣ, и это считается весьма важнымъ діагностическимъ признакомъ внѣматочной беременности. Изъ 44 случаевъ уменьшеніе опухоли замѣчено въ 10 случаяхъ, и такъ какъ оно зависитъ отъ всасыванія отдѣлившейся при жизни плода околоплодной жидкости, то, разумѣется, въ этихъ же случаяхъ замѣчено и уменьшеніе флюктуаціи, иногда до полнаго ея исчезновенія, какъ это было въ случаѣ Bergwall'a [16], черезъ 3 мѣсяца послѣ срока окончанія беременности. Но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ подъ вліяніемъ неизвѣстной пока еще причины,—вѣроятно, вслѣдствіе раздраженія опухоли при безуспѣшномъ экспульсивномъ движеніи во время ложныхъ родовъ,—иногда тотчасъ послѣ нихъ развиваются различные воспалительные процессы въ плодномъ мѣшкѣ и опухоль даже увеличивается въ объемѣ, какъ это наблюдалось въ случаѣ Pinard'a [300], вслѣдствіе быстро наступившаго нагноенія въ плодномъ мѣшкѣ; въ случаѣ же Gusserow'a [146] также замѣчено быстрое увеличеніе опухоли при ложныхъ родахъ и тотчасъ послѣ нихъ, которое обусловлено плацентарнымъ кровотеченіемъ въ полость мѣшка.

Общее состояніе больной представляетъ послѣ ложныхъ родовъ рѣзкія отклоненія отъ нормы. Часто наблюдаются лихорадочное состояніе, боли, и иногда довольно рано наступаютъ септическія и піэмическія явленія, зависящія отъ нагноенія мѣшка, главнымъ же образомъ явленія, характеризующія начинающееся воспаленіе брюшины по окружности плоднаго мѣшка, и потому подвижность опухоли, если она прежде замѣчалась, становится меньше. Крайне интересенъ въ этомъ отношеніи случай проф. Крассовскаго, гдѣ подвижность опухоли затрудняла постановку правильнаго діагноза, хотя она была ложная и зависѣла отъ отёка забрюшинной клѣтчатки. Въ теченіе этого ложнаго послѣродоваго періода развивается тромбозированіе плацентарныхъ сосудовъ, вслѣдствіе чего исчезаетъ шумъ сосудовъ послѣда, если онъ раньше выслушивался. Во всякомъ случаѣ, слѣдуетъ помнить объ этомъ ложно-пуэрперальномъ состояніи беременной, такъ какъ

оно считалось нѣкоторыми авторами—напр. Parry и Litzmann'омъ—противопоказаніемъ къ оперативному вмѣшательству.

## Исходы брюшной беременности.

Брюшная беременность можетъ окончиться въ каждомъ изъ 3-хъ принимаемыхъ нами періодовъ либо выздоровленіемъ, либо смертью матери, причемъ исходъ этотъ можетъ быть или результатомъ естественнаго теченія болѣзни, или обусловливаться тѣмъ или другимъ вмѣшательствомъ врача. Но такъ какъ врачебная помощь обыкновенно является необходимою уже тогда, когда сама природа намѣтила, такъ сказать, тотъ или другой исходъ, то и леченные случаи могутъ войти въ статистику исходовъ, — разумѣется, если окончательный результатъ не находился въ прямой причинной связи съ даннымъ леченіемъ. Во всякомъ случаѣ, мнѣ кажется, что трудно доказать, чтобы врачи особенно часто оперировали при внѣматочной беременности; напротивъ, исторія учитъ насъ, что при данномъ страданіи черезчуръ много полагались на цѣлебную силу природы и приступали обыкновенно тогда только къ энергическому вмѣшательству, когда уже стремленія природы оказывались недостаточными или даже прямо гибельными для больной.

Благопріятное вліяніе терапіи на теченіе внѣматочной беременности, какъ мы увидимъ дальше, можно доказать и прямымъ вычисленіемъ.

Изъ нашихъ 120 случаевъ брюшной беременности

| | | |
|---|---|---|
| въ I-мъ періодѣ | закончились | 12 случаевъ |
| во II-мъ „ | „ | 51 случай |
| въ III-мъ „ | „ | 57 случаевъ. |

Ради наглядности представляю здѣсь исходы собранныхъ мною 120 случаевъ брюшной беременности въ видѣ слѣдующей таблицы:

**Таблица исходовъ брюшной внѣматочной беременности.**

| № | Плодъ. | Первоначальный исходъ. | Послѣдовательный исходъ. | Операціи. | Результатъ. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | — | Разрывъ мѣшка на III мѣсяцѣ. | — | — | Смерть | Witten, № 402. |
| 2. | — | Разрывъ мѣшка на III мѣсяцѣ (совпалъ со врем. регулъ). | — | — | Смерть | Mühsam, № 267. |
| 3. | — | Разрывъ мѣшка на V мѣсяцѣ (отъ травмы). | — | — | Смерть | Fulcher, № 123a. |
| 4. | — | Угрожающій разрывъ мѣшка на V мѣсяцѣ (послѣ выдѣленія deciduae). | — | Элитрот. | Смерть отъ кровотеч. | O'Hara, № 285. |
| 5. | — | Разрывъ мѣшка на VI мѣсяцѣ. | Eliminatio per rectum на IX мѣс. | — | Выздор. | Толочиновъ, № 448a. |
| 6. | — | Разрывъ мѣшка на VII мѣсяцѣ (въ области прикрѣпленія послѣда). | — | Лапарот. | См. | Brax. Hicks, № 41. |
| 7. | — | Разрывъ (?) на VIII мѣс. | — | — | См. внезапная. | Laroyenne, № 207. |
| 8. | — | Разрывъ мѣшка на IX мѣс. | — | — | См. | Guichard, № 145. |
| 9. | — | Разрывъ мѣшка на X мѣс. во время ложн. родовъ. | — | — | См. | Юзефовичъ, № 454. |

| № | Плодъ. | Первоначальный исходъ. | Послѣдовательный исходъ. | Операція. | Результатъ. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. | — | Разрывъ мѣшка въ срокъ. | — | — | См. | Cederschjöld, № 71. |
| 11. | — | Перитонитъ на III—IV мѣс. | | — | См. | Васильевъ, № 410. |
| 12. | См. плода на III мѣс. | Перитонитъ на III—V мѣс. | Непроходимость кишекъ. | — | См. | Chevalier, № 67. |
| 13. | — | Перитонитъ септическій (послѣ выдѣленія deciduae). | — | Лапарот. | См. | Freund, № 120e. |
| 14. | См. плода на IV мѣс. | Перитонитъ. | — | Punctio. | См. на VI мѣс. | Tarnowsky, № 447. |
| 15. | См. плода на IV мѣс. | Перитонитъ. | Eliminatio per vesicam urin. | Uretroextractio. | Выздор. | White, № 394. |
| 16. | См. плода на V—VI мѣс. | Перитон. на VIII м. | — | — | См. | Barnes, № 18. |
| 17. | См. плода на IV мѣс. | Перитонитъ, разложеніе мѣшка на IV мѣс. | — | Punctio. Kolpotomia | Выздор. | Harrison, № 157. |
| 18. | — | Перитонитъ. Воспаленіе мѣшка и разложеніе плода вскорѣ послѣ срока. | Явленія заворота кишекъ. | — | Выздор. | Chayé, № 66, pag. 33. |
| 19. | См. плода въ срокъ. | Перитонитъ. Разложеніе мѣшка тотчасъ послѣ ложн. род. | — | — | См. | Fulcher II, № 123. |
| 20. | См. плода раньше срока. | Тоже черезъ $1/2$ года. | — | Kolpotom. | Выздор. | Hancocke Wathen, № 155. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 21. | См. плода въ срокъ. | Тоже, вскорѣ септическія явленія. | — | Rectoextractio. | Выздор. | Pinard, № 300. |
| 22. | См. плода въ срокъ. | Тоже вскорѣ. | — | Лапар. | Выздор. | Кузнецкій, № 419a. |
| 23. | См. плода на VIII мѣс. | Тоже тотчасъ послѣ срока. | — | Лапар. | Выздор. | Gusserow, № 146. |
| 24. | См. плода въ срокъ. | Тоже на X мѣс. | — | Лапар. | Выздор. | Gail. Thomas, № 125d. |
| 25. | См. плода въ срокъ. | Тоже вскорѣ. | — | Лапар. | Выздор. | Rousseau, № 329. |
| 26. | См. плода на IX мѣс. | Тоже тотчасъ послѣ ложн. родовъ. | — | Лапар. | См. | Gusserow, № 147. |
| 27. | См. плода на IX мѣс. | Тоже (и hydramnion) черезъ $^1/_2$ года. | — | Punctio. | См. | Teuffel, № 367. |
| 28. | См. плода въ срокъ бер. | Нагноеніе мѣшка и распаденіе плода (lithopaedion) на 26 мѣс. бер. | — | Лапар. | Выздор. | Southal, № 354. |
| 29. | См. плода на VIII мѣс. | Распаденіе содержим. мѣшка на IX мѣс. | — | Лапар. | Выздор. | Rutledge, № 332. |
| 30. | См. плода въ срокъ. | Разложеніе плода черезъ 2 мѣс. послѣ срока. | — | Kolpotomia. | Выздор. | Chauvenet et Negri, № 65. |
| 31. | См. плода въ срокъ. | Разложеніе мѣшка черезъ $^1/_2$ года. | — | Лапар. | Выздор. | Gaill. Thomas, № 126c. |
| 32. | Плодъ живъ на VIII мѣс. | Разрывъ мѣшка и перитонитъ. | — | Лапарот. при жив. плодѣ. | Выздор. | Jessop., № 190. |

| № | Плодъ. | Первоначальный исходъ. | Послѣдовательный исходъ. | Операціи. | Результатъ. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 33. | Плодъ живой VIII мѣс. | Перитонитъ на VIII мѣс. | — | Лапарот. при жив. плодѣ. | См. | Lange, сл. I, № 206a. |
| 34. | Плодъ живой на IX мѣс. | Перитонитъ послѣ ложныхъ родовъ на IX мѣс. | — | Лапарот. при жив. плодѣ. | См. | Lange, сл. II, № 206b. |
| 35. | См. плода(?)давность беременности 15 мѣс. | Перитонитъ; послѣ ложныхъ родовъ разрывъ мѣшка и прободеніе толстой кишки въ нѣсколькихъ мѣстахъ. | | — | См. | Ziembicki, № 405. |
| 36. | См. плода въ срокъ. | Перитонитъ и истощеніе. | — | Лапар. | Выздор. | Cattani, № 58. |
| 37. | — | Разложеніе плода. Перитонитъ. | — | — | См. | Bode, № 34a. |
| 38. | — | Перитонитъ. | — | Лапар. | Выздор. | Möricke, № 265. |
| 39. | См. плода на VII мѣс. | Нагноеніе мѣшка черезъ 8 мѣс. | — | Лапар. | Выздор. | Meadows, № 258. |
| 40. | — | Разложеніе мѣшка. | — | Лапар. | Выздор. | Ward, № 386. |
| 41. | См. плода въ срокъ. | Нагноеніе мѣшка на 15 мѣс. берем. | — | Лапар. | Выздор. | L. Championnière, сл. I. |
| 42. | См. плода въ срокъ. | Начинающееся превращеніе въ lithopaedion. | На 26 мѣсяцѣ беременн. нагноеніе мѣшка. | Лапар. | Выздор. | L. Championnière, № 62b. |
| 43. | — | Начинающ. обр. lithopaedion. | Нагноеніе. | Лапар. | Выздор. | Eastley, № 105. |
| 44. | — | Начинающ. обр. lithopaedion. | Перитон., разлож. плода на 15 м. б. | — | См. | Klau, № 196a. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 45. | См. плода на VI мѣс. (убитъ электрич.) | Lithopädion (наблюд. 1 мѣс.). | — | — | Выздор. | Freund. Case IX, 120. |
| 46. | См. плода на VIII мѣс. | Lithopädion наблюд. 2 мѣс. | — | — | Выздор. | Chayé, № 66. |
| 47. | См. плода на VIII мѣс. | Lithopädion начинающійся. | 2 мѣсяца общее состояніе хорошо. | Лапар. | Выздор. | Сутугинъ, № 445. |
| 48. | См. плода въ срокъ. | Lithopädion наблюд. 1 мѣс. | — | — | Выздор. | Freund, № 120b. |
| 49. | См. плода въ срокъ. | Lithopädion не долго наблюд. | — | — | Выздор. | Gail. Thomas, № 127e. |
| 50. | См. плода на VII мѣс. | Lithopädion наблюд. 4 мѣс. | — | — | Выздор. | Klau, № 196b. |
| 51. | См. плода въ срокъ. | Lithopädion не долго. | — | — | Выздор. | Ahlfeld, № 1. |
| 52. | См. плода въ срокъ. | Начинающ. образ. lithopädion'а. | Перитонитъ черезъ 8 мѣс. | — | См. | Freund, № 120m. |
| 53. | См. плода въ срокъ. | Сначала лихорадка, а черезъ три мѣсяца lithopädion. | | — | Выздор. | Толочиновъ, сл. II, № 448. |
| 54. | См. плода на VII мѣс. | Lithopädion черезъ 3—4 мѣс. послѣ срока. | | — | Выздор. | Polaillon, № 302. |
| 55. | См. плода на VI мѣс. | Lithopädion черезъ 2—3 мѣсяца послѣ срока бер. | | — | Выздор. | Bergwall, № 26. |
| 56. | См. плода на VIII мѣс. | Lithopädion. Наблюд. продолжалось 5 мѣс. Послѣдоват. беременность, выкидышъ. | | — | Выздор. | Chapmann, № 63. |
| 57. | См. плода на VIII мѣс. | Lithopädion. Наблюденіе 5 мѣсяцевъ. | | — | Выздор. | Wysin, № 403. |

| № | Плодъ. | Первоначальный исходъ. | Послѣдовательный исходъ. | Операціи. | Результатъ. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 58. | См. плода на IX мѣс. | Lithopädion, наблюд. 9 мѣс. | | — | Выздор. | Schlesinger, № 338. |
| 59. | — | Lithopädion, наблюд. 12—18 мѣсяцевъ всего. | | — | Выздор. | Schmidt, № 339. |
| 60. | См. плода въ срокъ. | Lithopädion. наблюд. 1 годъ и 7 мѣс. Послѣд. норм. беременн. и роды. | | — | Выздор. | Ribot, № 319. |
| 61. | См. плода на IX мѣс. | Lithopädion наблюд. 1 годъ. Послѣдовательная беременн. и трудные роды; опухоль стала уменьшаться. | | — | Выздор. | Dahlmann, № 80. |
| 62. | См. плода въ срокъ. | Lithopädion, наблюд. 2 года. Послѣдов. беременность и нормальные роды. | | — | Выздор. | Anderson, № 5. |
| 63. | См. плода раньше срока. | Lithopädion. | Черезъ 2 года травма, перитонитъ. | Лапарот. (какъ ultimum refug). | См. | Byford, № 53. |
| 64. | См. плода въ срокъ, бер. | Lithopädion. | Черезъ 2 года послѣдоват. беременность, перитонитъ. | Лапар. | См. | Смоленскій, № 441. |
| 65. | — | Lithopädion. | Черезъ 3 года послѣ норм. бер. elim. per rectum. | — | См. | Hunter, № 183. |
| 66. | — | Lithopädion. | Чер. 4—5 лѣтъ послѣ 2 норм. бер. elim. per abd. | Лапар. | См. | Polatschek. № 303. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 67. | См. плода въ срокъ. | Lithopädion. | Черезъ 7 лѣтъ нагноеніе мѣш. послѣ нормал. беременн. | — | См. | Simpson, № 350. |
| 68. | См. плода въ срокъ. | Lithopädion. | Черезъ 7 лѣтъ elim. per rectum, per ves.ur., per vaginam. Ракъ матки | — | См. отъ друг. прич. | Löhlein-Hofmeier, № 227. |
| 69. | — | Lithopädion. | Черезъ 7 лѣтъ elim. p. rectum, per ves. ur. | Colotomia. | Выздор. | Benham, № 23. |
| 70. | — | Lithopädion. | Черезъ 7 лѣтъ elim. p. rectum. | — | Выздор. | Brun du Bois Noir, № 48. |
| 71. | См. плода на V мѣс.(?) | Тоже. | Чер. 8—9 лѣтъ. | — | См. внезапная. | Chalmers, № 61. |
| 72. | См. плода на VII мѣс. | Тоже. | Черезъ 9 лѣтъ разлож. мѣшка, прободеніе colon. descend. | Лапар. | См. | Martin, № 247. |
| 73. | См. плода въ срокъ. | Тоже. | Черезъ 11 лѣтъ elim. per rectum. | — | См. отъ истощенія. | Mc Collom, 256. |
| 74. | См. плода на VIII мѣс. | Тоже. | Черезъ 12 лѣтъ elim. p. vagin. | Vaginoextractio. | Выздор. | Priestley, № 304. |
| 75. | См. плода на VI мѣс. | Тоже. | Черезъ 16 лѣтъ перитонитъ. | — | См. | Oettinger, № 284. |
| 76. | — | Тоже. | Черезъ 27 лѣтъ elim. p. rect. | — | Выздор. | Laupus, № 208. |
| 77. | См. плода въ срокъ. | Тоже. | Черезъ 27 лѣтъ elim. p. rectum. | Rectoextractio. | Выздор. | Benicke, № 24. |

| | Плодъ. | Первоначальный исходъ. | Послѣдовательный исходъ. | Операціи. | Результатъ. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 78. | См. плода на IX мѣс. | Тоже. | Черезъ 37 лѣтъ послѣ родовъ и травмы перитонитъ. | — | См. | Galli, № 130. |
| 79. | См. плода на III мѣс. | Lithopädion. | — | — | Выздор. | Gaill. Thomas, № 126 m. |
| 80. | См. плода на IV—V мѣс. | Вскорѣ elimin, per rectum. | | — | Выздор. | Weiss, № 390. |
| 81. | См. плода на IV мѣс. | Нагноеніе мѣшка съ IV до VII мѣс. бер. | Eliminatio per rectum | — | Выздор. | Storer, № 363. |
| 82. | — | На 12-омъ мѣс. беременности прободеніе толстой кишки. | Септицемія. | Лапар. | Выздор. | Thissen, № 369. |
| 83. | См. плода на VI мѣс. | Съ 7-го по 9 мѣс. беременности пробод. тонкой кишки. | Септицемія. | Лапар. | Выздор. | Macdonald, № 236. |
| 84. | См. плода на V мѣс. | Черезъ 4 года elim. per rectum. | | — | Выздор. | Purefoy, № 310. |
| 85. | См. плода на VII мѣс. | На 12-мъ мѣс. беременности eliminatio per rectum. | | Лапар. | Выздор. | Ribemont, № 318. |
| 86. | См. плода на VII мѣс. | Eliminatio per rectum et per uterum. | | — | См. | Rasch, № 313. |
| 87. | — | Съ 9 по 12 мѣс. беременности elim. per rectum. | | — | Выздор. | Bulteau, № 49. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 88. | См. плода на VIII мѣс. | Съ 10 по 12 мѣс. беременности elim. per rectum. | Rectoextractio. | Выздор. | Schade, № 337. |
| 89. | Плодъ убитъ рано. | Eliminatio per rectum. | — | Выздор. | G. Thomas, № 125b. |
| 90. | — | Elimin. per rectum. | — | Выздор. | G. Thomas, № 125a. |
| 91. | — | Elimin. per rectum. | — | Выздор. | Goodell, № 143a. |
| 92. | — | Elimin. per. rectum. | — | Выздор. | Goodell, № 143b. |
| 93. | — | Elim. per rectum длилась $1^1/_2$ года. | — | См. | Jaquet, сл. II, № 189. |
| 94. | — | Elim. per rectum. | Rectoextractio. | Выздор. | Deschamps, № 91. |
| 95. | См. плода на VII мѣс. | Черезъ 3 года elim. per rectum. | Rectoextr. | Выздор. | Толочиновъ, сл. II, № 448. |
| 96. | См. плода на IX мѣс. | Черезъ 1 мѣс. послѣ срока elim. per rectum. | Rectotomia. | Выздор. | Czaplicki, № 455. |
| 97. | См. плода на VIII мѣс. | Черезъ 5 мѣс. elim. per rectum. | Rectoextr. | Выздор. | Michie, № 260. |
| 98. | См. плода на VIII мѣс. | Черезъ годъ послѣ срока elim. per rect. | Тоже. | Выздор. | Еджубовъ, № 417. |
| 99. | См. плода на V мѣс. | Черезъ 2 мѣс. послѣ срока elim. per rectum. | Тоже. | Выздор. | König, № 200. |
| 100. | См. плода на VII мѣс. | Черезъ 3 года elim. per rectum. | Тоже. | Выздор. | Carter, № 57b. |

| № | Плодъ. | Первоначальный исходъ. | Послѣдовательный исходъ. | Операціи. | Результатъ. | Авторы. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 101. | См. плода въ срокъ. | Черезъ 10 лѣтъ elim. per rectum. | | Тоже. | Выздор. | Paschal, № 295. |
| 102. | См. плода въ срокъ. | Черезъ 3 мѣс. послѣ срока перитонитъ и elim. per rectum. | | — | См. | Atkinson, № 8. |
| 103. | См. плода на VIII мѣс. | Черезъ 4 мѣс. послѣ срока elim. per rectum. | | — | См. | Müller, № 268d. |
| 104. | См. плода въ срокъ. | Черезъ 2 мѣс. (послѣ паденія) elim. per rectum. | | Лапар. | Выздор. | G. Thomas, № 125e. |
| 105. | — | Черезъ 3 съ лишкомъ года elim. per rectum. | | — | Выздор. | Bell, № 22. |
| 106. | См. плода на VII мѣс. | Черезъ 5 лѣтъ elim. per rectum. | | Rectoextr. | Выздор. | Doe, № 94. |
| 107. | См. плода на VI мѣс. | Черезъ 3 года отъ начала берем. elim. per rectum et ves. ur. | | Lithotomia. | Выздор. | Rackiewicz, № 436. |
| 108. | См. плода на VI мѣс. | Черезъ 3 мѣс. послѣ срока бер. elim. per abd. et rectum. | | — | См. | Weinlechner, № 389. |
| 109. | См. плода на VIII мѣс. | Въ срокъ окончанія беременн. elim. per rectum. | | Лапар. | См. | Maygrier, № 255. |
| 110. | — | Elim. per rectum et abdom. | Септицемія. | Лапар. | Выздор. | Poincarré, № 301. |
| 111. | См. плода въ срокъ. | Черезъ полгода послѣ срока прободеніе тонкой кишки. Септицемія. | | Лапар. | См. | Percival, № 297. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 112. | См. плода въ срокъ. | Черезъ 3 недѣли послѣ срока elim. per abdom (полная). | — | Выздор. | Bouzol, № 37. |
| 113. | — | Черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ срока elim. per abdom. | Лапар. | Выздор. | Богаевскій, № 409. |
| 114. | См. плода въ срокъ. | На 11-мъ мѣс. беременности elim. per abd. | Лапар. | Выздор. | Hofmeier, № 176. |
| 115. | См. плода въ срокъ. | Черезъ мѣсяцъ послѣ срока elim. per abdom. | Лапар. | Выздор. | Carter, № 57a. |
| 116. | См. плода на VII мѣс. | Черезъ нѣск. недѣль elim. per abd. | Лапар. | Выздор. | Angello Leite, № 48. |
| 117. | См. плода на VII—VIII мѣс. | Черезъ 10 лѣтъ(?) elim. per abd. | Лапар. | Выздор. | Heard, № 163. |
| 118. | См. плода на IX мѣс. | Черезъ мѣсяцъ elim per abd. | — | См. | Гугенбергеръ, № 414a. |
| 119. | См. плода на V мѣс. | Черезъ 2 года послѣ срока elimin. per vaginam (послѣ норм. беременности). | Uaginoex-tract. | Выздор. | Freund, № 120k. |
| 120. | См. плода на VIII мѣс.(?) | Черезъ 2 года elim. per vaginam s. uterum (послѣ норм. беременности). | — | См. | Lamy, № 202*). |

*) №№ эти смотри въ указателѣ литературы.

Просматривая приложенную здѣсь таблицу исходовъ нашихъ 120 случаевъ брюшной беременности, мы получаемъ довольно много поучительныхъ данныхъ. Для того, чтобы составить себѣ правильное понятіе объ опасности и о характерѣ исхода при данной формѣ беременности, часто бываетъ необходимо наблюдать больную въ теченіе весьма продолжительнаго времени, и тогда только можно видѣть, что окончательный исходъ зачастую существенно разнится отъ намѣченнаго природою исхода тотчасъ послѣ смерти плода. Это особенно относится къ образованію такъ называемаго lithopaedion'a, который, какъ мы увидимъ, обыкновенно рано или поздно вызываетъ нагноеніе и прободеніе стѣнокъ плоднаго мѣшка. Вотъ почему мы здѣсь, при составленіи таблицы, сочли необходимымъ отличать первоначальный и послѣдовательный исходы даннаго страданія. Послѣдовательный исходъ почти исключительно вліяетъ на результатъ (смерть или выздоровленіе) брюшной беременности. Мы видѣли уже, что громадное большинство случаевъ беременности достигаетъ второй половины беременности и окончаніе страданія больной рѣдко наступаетъ, при этой формѣ беременности, въ теченіе первыхъ пяти мѣсяцевъ (12: 108 разъ), и это составляетъ характерную особенность, отличающую брюшную беременность отъ трубной, которая, какъ мы уже видѣли, обыкновенно достигаетъ рано своего конца. Дальнѣйшая разница, существующая между названными двумя формами внѣматочной беременности, выразится еще рѣзче, если посмотрѣть на характеръ исходныхъ процессовъ брюшной беременности.

Изъ случаевъ, закончившихся въ первомъ періодѣ:

| | | |
|---|---|---|
| Разрывъ плоднаго мѣшка наступилъ | 3 | раза. |
| Перитонитъ развился | 5 | разъ. |
| Прободеніе recti | 1 | „ |
| „ vesicae urinariae | 1 | „ |
| Lithopaedion | 1 | „ |
| При угрожавшемъ разрывѣ мѣшка произведена elytrotomia (сл. O'Hara) | 1 | „ |

Изъ 51 случая втораго періода окончились:

Разрывомъ плоднаго мѣшка . . . . . . . . . 6 случ.
Нагноеніемъ плоднаго мѣшка и перитонитомъ
(безъ прободенія сосѣдн. органовъ). . . 19 „
Прободеніемъ recti и другихъ отдѣловъ
кишечнаго канала . . . . . . . . . . . . 7 „
Прободеніемъ маточной стѣнки . . . . . . . 1 „
„ передн. брюшной стѣнки . . . 5 „
Lithopaedion . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 13 „
Изъ 57 случаевъ третьяго періода окончились:
Нагноеніемъ и перитонитомъ плоднаго мѣшка
(безъ проб. сосѣдн. органовъ). . . . . . 16 случ.
Прободеніемъ recti. . . . . . . . . . . . . . . . 24 „
„ тонкой кишки . . . . . . . . . 1 „
„ толстой кишки (colon) . . . . 1 „
Прободеніемъ стѣнки матки или свода vaginae 1 „
„ свода vaginae. . . . . . . . . . 2 „
„ передней брюшной стѣнки . . 3 „
„ recti и передн. брюшной стѣнки 2 „
„ recti et vesicae urinariae . . 2 „
„ recti vesicae urinariae et
vaginae . . . . . . . . . 1 „
„ Lithopaedion . . . . . . . . . . 4 „

Изъ этого мы видимъ, что разрывъ мѣшка и образованіе Lithopaedion'а наблюдается чаще во второмъ періодѣ, тогда какъ для третьяго періода особенно характерны процессы элиминаціи мертваго плода чрезъ сосѣдніе органы. Но гораздо нагляднѣе выражаетъ исходы брюшной беременности слѣдующая таблица. Мы видимъ, что наши 120 случаевъ дали слѣдующіе исходы:

Разрывъ мѣшка. . . . . . . . . . 10 разъ.
Нагноеніе мѣшка и перитонитъ
(безъ элиминаціи). . . . . . 40 „
Элиминація . . . . . . . . . . . . 52 раза.
Lithopaedion. . . . . . . . . . . . 18 разъ.

Изъ этого видно, что *элиминаціонные* процессы составляютъ самый частый исходъ брюшной беременности, а также нагноенія мѣшка и перитонитъ можно разсматривать какъ начинающуюся элиминацію, тогда какъ Lithopaedion,—это инкапсулированіе плода, чтобы сдѣлать его безвреднымъ для матери,—получается, вопреки прежнему мнѣнію авторовъ, гораздо рѣже (18: 130), и еще рѣже брюшная беременность (въ первые два періода) оканчивается, на подобіе трубной беременности, внезапнымъ разрывомъ плоднаго мѣшка (10 разъ: 120).

Переходимъ къ характеристикѣ различныхъ этихъ исходовъ:

*Разрывъ* мѣшка наблюдался всего 9 разъ. Онъ наступилъ:

1) на III мѣсяцѣ и окончился смертью сл. Witten'a.
2) на III „ замѣчено совпаденіе разрыва съ временемъ наступленія регулъ и окончился смертью . . . . сл. Mühsam'a.
3) на V мѣс., вслѣдствіе травмы, окончился смертью . . . . . . . . . сл. Fulcher. Case I.
4) на VI мѣс.; затѣмъ элиминація per rectum; окончился выздоровленіемъ . . сл. Толочинова.
5) на VII мѣс. въ области прикрѣпленія послѣда. Лапаротомія. Смерть . . сл. Br. Hicks'a.
6) на VIII мѣс. окончился внезапною смертью.
7) на IX мѣс. окончился смертью . . сл. Guichard'a
8) на X „ во время ложныхъ родовъ сл. Юзефовича.
9) то же . . . . . . . . . . . . сл. Cederschjold'a.

Мы видимъ, что разрывъ мѣшка при брюшной беременности наступаетъ гораздо рѣже, чѣмъ при трубной, въ теченіе первыхъ четырехъ мѣсяцевъ. Изъ нашихъ случаевъ онъ наблюдался 2 раза на III мѣсяцѣ и 6 разъ между V и X мѣсяцами. Онъ здѣсь еще болѣе опасенъ для жизни матери, чѣмъ при собственно-трубной беременности (гдѣ онъ предст. 66% см.), такъ какъ онъ 8 разъ окончился смертью и только 1 разъ выздоровленіемъ послѣ элиминаціи костей (VI мѣс. плода per rectum). Причиною разрыва 1 разъ была травма и

2 раза ложныя родовыя боли. Въ остальныхъ 6 случаяхъ причины неясны, хотя въ случаѣ Mühsam'а разрывъ совпалъ съ временемъ наступленія регулъ и въ случаѣ Braxton Hicks'а онъ, вѣроятно, также обусловливался наступившими преждевременно ложными родами.

Смерть въ случаяхъ разрыва обусловливается шокомъ, кровотеченіемъ и если смерть не наступаетъ быстро, то послѣдовательнымъ острымъ перитонитомъ.

Второй, болѣе частый исходъ внѣматочной брюшной беременности заключается въ образованіи *lithopaedion'а*—„*каменный человѣкъ*", по выраженію проф. Славянскаго. Такъ какъ изученіе патологической анатоміи внѣматочной беременности не входитъ въ программу этой моей работы, то я не буду говорить о результатахъ цѣлаго ряда весьма важныхъ работъ, касающихся этого вопроса и появившихся за послѣднія 10 лѣтъ, какъ-то: Chiari, Werth'а, Welponer Zillner'а, Baumgarten'а, Inez-Gachés Sarraute и многихъ другихъ, въ которыхъ подробно изслѣдованы относящіеся сюда анатомическіе препараты. Укажу только на монографію Küchenmeister'а, занявшагося систематическимъ описаніемъ и классификаціей этого рода случаевъ и различающаго три главныхъ вида каменныхъ плодовъ, смотря по тому, гдѣ отлагаются соли щелочныхъ земель, въ самомъ ли плодѣ Lithopaedion *), или только въ покрывающихъ внѣматочный плодъ оболочкахъ и стѣнкахъ мѣшка—Lithokelyphos—или же въ плодѣ и его оболочкахъ одновременно—Lithokelyphopaedion. Для моей цѣли особенный интересъ представляютъ изслѣдованія, касающіяся клиническаго теченія внѣматочной беременности, переходящей въ образованія этихъ замѣчательныхъ окаменѣлыхъ плодовъ. Я буду говорить только, если можно такъ выразиться, о клиническомъ lithopaedion'ѣ, на который за послѣднее время совершенно измѣнились взгляды авторовъ. Такъ, напр., Schröder,

---

*) Прекрасный препаратъ этого рода находится въ музеѣ при клиникѣ проф. Славянскаго и описанъ имъ въ его клинической лекціи (о чревосѣченіи при внѣматочной беременности).

въ 1872 году, писалъ: „при превращеніи плода въ lithopaedion, всякая тарапія излишня“; въ послѣднемъ же изданіи своего учебника онъ по этому поводу говоритъ: „опытъ учитъ (насъ), что литопэдіоны, даже при долгомъ своемъ пребываніи, опасны для матери по причинѣ воспаленій, которыя они могутъ обусловить, и потому активное вмѣшательство предпочтительнѣе экспетативнаго леченія“. Этотъ поучительный опытъ, о которомъ говоритъ Schröder, добытъ, дѣйствительно, за послѣднее время, наблюденіемъ дальнѣйшей участи больныхъ внѣматочною беременностью, причемъ оказалось, что въ большинствѣ случаевъ клинически наблюдаемое образованіе lithopaedion'а составляетъ только преходящее явленіе, такъ какъ отложеніе солей извести, чаще всего отлагающихся лишь въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка—Kelyphopaedion—„на время только задерживаетъ болѣе бурные процессы нагноенія и ихорознаго разложенія“ (проф. Славянскій[410]). Статистическія изслѣдованія по этому поводу произведены главнымъ образомъ Sachs'омъ, который нашелъ, что изъ 51 случая 38 разъ наблюдались ихорозное распаденіе и нагноеніе повидимому-окаменѣвшихъ плодовъ, настоящій же lithopaedion получился только 13 разъ.

Исходъ брюшной беременности съ образованіемъ lithopaedion'а (т. е. клиническій литопэдіонъ) узнается обыкновенно клинически по слѣдующимъ явленіямъ: послѣ ложныхъ родовъ или смерти плода опухоль живота, т. е. плодный мѣшокъ, болѣе или менѣе быстро *) уменьшается въ объемѣ, флюктуація исчезаетъ и опухоль становится плотнѣе на ощупь; явленій перитонита или вовсе при этомъ не наблюдается, или же они очень мало выражены и вскорѣ исчезаютъ совершенно; больная оправляется отъ такъ называемаго ложнопуэрперальнаго страданія и относительно здоровою продолжаетъ вести свой обычный образъ жизни. На этихъ данныхъ, главнымъ образомъ, основывается клиническое предположеніе о начинающемся окаменѣніи плода. Если подобныя

*) Случай Polaillon'а.

больныя дальше не наблюдаются врачемъ, то подобный случай остается занесеннымъ въ литературу, какъ окончившійся благополучно путемъ образованія lithopaedion'а. Рѣдко находимъ мы случаи, подобные случаю Küchenmeister'а, гдѣ врачи, такъ сказать, по пятамъ слѣдили за больною, чтобы подтвердить діагнозъ свой на вскрытіи.

Обыкновенно же выписавшаяся здоровою носительница подобнаго lithopaedion'а является черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, лѣтъ и даже десятковъ лѣтъ съ явленіями перитонита, нагноенія мѣшка или даже съ признаками начинающейся элиминаціи частей плода и другими явленіями разложенія содержимаго плоднаго мѣшка, развившимися вслѣдствіе травмы, послѣдовательныхъ нормальныхъ беременностей и родовъ или другихъ не всегда ясныхъ причинъ. Подобнаго рода исходъ уже ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть названъ lithopaedion'омъ, а относится къ разряду элиминаціонныхъ процессовъ и скелетированію плода. Хотя изъ числа нашихъ 120 случаевъ оказалось 18, закончившихся, повидимому, окаменѣлостью плода, но, мнѣ кажется, нужно относиться съ нѣкоторымъ недовѣріемъ къ частотѣ этого благопріятнаго исхода, и на основаніи вышеизложенныхъ соображеній, по моему мнѣнію, нужно всегда обращать вниманіе на продолжительность наблюденія подобныхъ случаевъ.

Я беру только тѣ изъ моихъ 120 случаевъ, которые перешли въ нагноеніе чрезъ годъ и больше послѣ смерти плода и также, изъ числа болѣе раннихъ случаевъ, такіе, гдѣ при операціи найдены сращенія плода со стѣнками плоднаго мѣшка, какъ, напр., случаи Eastley, Southal'я и Lucas Championnière и другихъ, потому что это явленіе нужно разсматривать какъ одинъ изъ начальныхъ признаковъ образованія lithopaedion'а *).

Въ вышеприведенной таблицѣ мы находимъ 28 разъ на-

---

*) См. мою работу: „Къ вопросу о чревосѣченіи", стр. 18, и Albers: Zur Geschichte des Lithopaedion. Monatschr. f. Geburtskunde Band. XVII. 1861, pag. 42—64.

гноеніе плоднаго мѣшка, наступившее чрезъ 2 или даже чрезъ 37 лѣтъ послѣ смерти плода, тогда какъ lithopaedion'овъ безъ нагноенія оказывается въ нашей таблицѣ 18, но изъ нихъ большинство подвергались врачебному наблюденію не долго (меньше года), и только 5 случаевъ (Chapmann'a, Dahlmann'a, Anderson'a, Schmidt'a и Ribot) можно съ нѣкоторою вѣроятностью назвать истиннымъ исходомъ въ образованіи lithopaedion'a, такъ какъ они наблюдались больше года спустя послѣ смерти плода, и въ четырехъ изъ нихъ здоровье больныхъ не подверглось разстройству, не смотря на послѣдовательные беременность и роды, въ случаѣ же Dahlmann'a даже замѣчено быстрое уменьшеніе опухоли съ внѣматочнымъ плодомъ послѣ нормальныхъ родовъ. На этомъ основаніи, мнѣ кажется, можно вполнѣ согласиться съ Sachs'омъ, что образованіе *истиннаго* lithopaedion'a составляетъ очень рѣдкое явленіе при брюшной беременности, и если принять во вниманіе, что нельзя, повидимому, опредѣлить время, когда окаменѣлый плодъ становится совершенно безвреднымъ для матери, такъ какъ нагноеніе его наблюдалось даже черезъ 27 и 37 лѣтъ ношенія, то и вышеприведенные 5 случаевъ lithopaedion'a потеряютъ свою доказательность. Вслѣдствіе этого можно даже заключить, что въ разобранныхъ мною 120 случаяхъ вовсе не имѣется наблюденій, доказывающихъ несомнѣнно образованіе истинныхъ окаменѣлыхъ плодовъ при брюшной беременности. Если же вспомнить, что трубная и яичниковая формы внѣматочной беременности въ этомъ отношеніи составляютъ противоположность съ брюшною, такъ какъ при нихъ, какъ мы видѣли, наблюдались весьма убѣдительные случаи (Küchenmeister'a, Sappey и др.) настоящихъ lithopaedion'овъ, то и причина этихъ явленій можетъ быть съ нѣкоторою вѣроятностью установлена. Причина эта лежитъ въ свойствахъ плоднаго вмѣстилища: при трубной и яичниковой беременностяхъ мы имѣемъ резистентный, иногда вполнѣ мышечный, плодный мѣшокъ; здѣсь же, при брюшной беременности, плодъ помѣщается въ соединительно-тканномъ вмѣстилищѣ, а иногда въ импровизированной полости, образованной только срощеніями

брюшныхъ внутренностей, и потому подобнаго свойства плодный мѣшокъ при брюшной беременности гораздо меньше можетъ предохранять плодъ отъ разложенія и легче наступаютъ прободенія сосѣднихъ полыхъ органовъ и различные виды элиминаціонныхъ процессовъ.

Опредѣленіе сравнительной *опасности* и *смертности* при *разбираемомъ нами исходѣ* брюшной беременности также далеко не будетъ правильно выражаться, если мы просто скажемъ, что изъ числа нашихъ 120 случаевъ 18 окончились выздоровленіемъ путемъ образованія lithopaedion'а. Напротивъ того, нужно сначала сдѣлать цѣлый рядъ оговорокъ. Мы видѣли, что изъ 18 случаевъ lithopaedion'а только 5 могутъ быть болѣе или менѣе приняты за истинный исходъ съ окаменѣніемъ плода; съ другой стороны, мы имѣемъ 28 lithopaedion'овъ, перешедшихъ впослѣдствіи въ нагноеніе и элиминацію плода; кромѣ того, изъ этого числа 28 случаевъ могутъ входить въ разсчетъ, при вычисленіи смертности, только тѣ случаи, которые не подвергались операціи, а именно 15 случаевъ (сл. Klau[196a], Freund'a[120m], Hunter'a[183], Simpson'a[350], Löhlein'a[227], Mc. Collom'a[256], Oettinger'a[284], Chalmers'a[61], Galli[130], Lamy[202], Brun du bois Noir'a[48], Laupus'a[208], Benicke[24], Storer'a[363] и Bell'я[22].

Такимъ образомъ, въ результатѣ мы получаемъ, что lithopaedion, какъ естественный исходъ брюшной беременности, даетъ на 33 случая 10 смертельныхъ исходовъ, или съ лишкомъ 30 % смертности.

Гораздо характернѣе для брюшной беременности представляются слѣдующіе два исхода ея, или, собственно говоря, одинъ и тотъ же, т. е. *нагноеніе и ихорозное разложеніе плоднаго мѣшка* безъ элиминаціи или съ послѣдовательнымъ прободеніемъ и выдѣленіемъ частей плода черезъ сосѣдніе полые органы и черезъ переднюю брюшную стѣнку. Этого рода исходъ наблюдался 93 раза на 120 случаевъ: 39 разъ безъ элиминаціи и 54 раза съ элиминаціей плода. Остановимся сначала на разсмотрѣніи случаевъ простаго нагноенія плоднаго мѣшка.

Этотъ исходъ наблюдается чаще всего во второмъ періодѣ брюшной беременности. Онъ наступаетъ или вскорѣ послѣ смерти плода, или уже, какъ послѣдовательное измѣненіе, даже черезъ очень долгое время, послѣ того, какъ плодъ, повидимому, превратился въ lithopaedion; въ случаѣ Freund (V) перитонитъ тотчасъ послѣ выдѣленія deciduae принялъ септическій характеръ.

Перитонитъ развился тотчасъ послѣ срока или ложныхъ родовъ 13 разъ, черезъ два мѣсяца—1 разъ, черезъ полгода —1 разъ, черезъ 2 мѣсяца послѣ смерти плода, наступившей на VI-мѣс.,—1 разъ и, наконецъ, 3 раза перитонитъ развился еще при жизни плода на VIII и IX мѣсяцахъ, въ случаяхъ Jesopp'a и Lange, что дало поводъ произвести лапаротомію. Кромѣ того, воспаленіе брюшины составляетъ обычное явленіе при нагноеніи плоднаго мѣшка, которое наблюдалось изъ 120 случаевъ 93 раза.

О причинахъ этого исхода мы уже говорили при изложеніи случаевъ мнимаго lithopaedion'a. Смертность при нагноеніи плоднаго мѣшка, вычисленная на основаніи только не оперированныхъ всего 13 случаевъ, весьма значительна, такъ какъ изъ этихъ 13 случаевъ только одинъ окончился выздоровленіемъ, что составляетъ почти 93 % смертности.

Остается еще разсмотрѣть послѣдній и самый частый исходъ брюшной беременности, т. е. объ *элиминаціи* плода изъ организма матери. Мы имѣемъ въ нашей таблицѣ 54 подобныхъ случая. Этотъ исходъ по преимуществу наблюдается въ третьемъ періодѣ брюшной беременности, и относительно направленія, въ которомъ происходитъ элиминація частей плода, мы получаемъ слѣдующую таблицу. Элиминація происходила:

| | |
|---|---|
| чрезъ прямую кишку и другіе отдѣлы кишечника. | 37 разъ |
| чрезъ переднюю брюшную стѣнку . . . . . . | 9 „ |
| чрезъ сводъ влагалища . . . . . . . . . . . | 4 раза |
| чрезъ мочевой пузырь . . . . . . . . . . . | 3 „ |
| чрезъ стѣнку матки . . . . . . . . . . . | 1 разъ |

Эти цифры весьма рѣзко выражаютъ сравнительную частоту различныхъ путей элиминаціи, и особенно ясно видно

*преобладаніе элиминаціи черезъ прямую кишку.* Авторы, писавшіе объ исходахъ внѣматочной беременности, расходятся въ мнѣніяхъ при опредѣленіи частоты различныхъ путей, которыми происходитъ элиминированіе плода; но мои цифры несравнимы съ вычисленіями Mattei, Puech'a, Parry и Deschamps'a и другихъ, такъ какъ эти авторы при изложеніи исходовъ не различали отдѣльныхъ видовъ внѣматочной беременности. *Смертность*, получаемая при произвольной элиминаціи мертваго плода безъ оперативнаго вмѣшательства, вычисленная на основаніи 24 случаевъ, давшихъ 11 смертельныхъ исходовъ, равняется съ лишкомъ 45 $^0/_0$.

*Выводы*: 1. На основаніи собранныхъ мною 120 случаевъ брюшной беременности, изъ которыхъ 61 случай не подвергался никакому оперативному леченію и далъ 30 смертей и 31 выздоровленіе, можно опредѣлить *естественную* смертность для брюшной беременности равною почти 50 $^0/_0$.

2. *Сравнительная частота и опасность четырехъ естественныхъ исходовъ* брюшной беременности выражается въ слѣдующихъ цифрахъ:

61 случай брюшной беременности далъ въ результатѣ:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Элиминацію . . . | 23 раза | (37$^0/_0$) | съ 11 см. исход. | (44$^0/_0$) |
| Нагноеніе и перитонитъ. . . . | 12 разъ | (20$^0/_0$) | „ 11 „ „ | (90$^0/_0$) |
| Lithopaedion'овъ. | 18 „ | (30$^0/_0$) | „ 1 „ „ | (6$^0/_0$) |
| „ | (5) „ | (8$^0/_0$) | | (20$^0/_0$) |
| Разрывъ пл. мѣш. | 8 „ | (13$^0/_0$) | „ 7 „ „ | (87$^0/_0$) |
| | 61 | | 30 | |

Изъ этихъ цифръ мы видимъ, что самый рѣдкій исходъ представляетъ разрывъ мѣшка; но если на основаніи вышеприведенныхъ соображеній признать только 5 несомнѣнныхъ случаевъ lithopaedion'a, то образованіе lithopaedion'a составитъ самый рѣдкій (8$^0/_0$) исходъ брюшной беременности, разрывъ же мѣшка окажется исходомъ болѣе частымъ (13$^0/_0$). Еще чаще (20$^0/_0$) наблюдаются перитонитъ и нагноеніе плоднаго мѣшка безъ элиминаціи, и самый частый (37$^0/_0$) исходъ представляетъ выведеніе частей мертваго плода—элиминація. Отно-

сительно опасности своей, судя по количеству даваемыхъ ими смертныхъ случаевъ, вышеприведенные четыре исхода представляются въ слѣдующемъ порядкѣ: почти одинаково опасны нагноеніе безъ элиминаціи и разрывъ плоднаго мѣшка, почти на половину менѣе опасна элиминація, и самый благопріятный для больной исходъ, повидимому, составляетъ образованіе lithopaedion'а.

3. Такъ какъ изъ нашихъ 120 случаевъ брюшной беременности 59 случаевъ подвергались оперативному леченію и дали только 13 смертельныхъ исходовъ на 46 выздоровленій, чтò составляетъ около 22% смертности, то, сравнивая эти данныя съ результатами вышеприведенныхъ нелеченныхъ случаевъ и принимая во вниманіе незначительность разницы чиселъ двухъ сравниваемыхъ группъ наблюденій (нелеченныхъ 61, леченныхъ 59 случаевъ),—можно заключить, что оперативное леченіе брюшной беременности значительно (почти на 28%) понижаетъ смертность при этой формѣ внѣматочной беременности.

## Леченіе внѣматочной беременности.

Необходимость вмѣшательства врачебнаго искусства въ теченіе внѣматочной беременности сознавалась съ перваго же дня описанія этой аномаліи дѣторожденія, и даже оперативное леченіе ея примѣнялось раньше сознательнаго ея описанія (случаи лапаротоміи у Абульказиса, Павла Эгинскаго и въ началѣ XVI столѣтія). Дальнѣйшее же изученіе естественныхъ исходовъ внѣматочной беременности, описаніе, главнымъ образомъ, относительнаго ея исцѣленія путемъ образованія такъ называемаго lithopaedion'а, вызвало другое направленіе въ терапіи занимающаго насъ страданія, и авторы стали высказываться больше за необходимость выжидательнаго леченія, во всякомъ случаѣ, по тогдашнимъ мнѣніямъ, болѣе благопріятнаго для жизни беременныхъ, чѣмъ устрашавшія въ то время операціи вскрытія брюшной полости,

и операціи эти, считавшіяся смертельными для матери, допускались только въ интересахъ жизнеспособнаго плода; при мертвомъ плодѣ допускалось только или вполнѣ выжидательное симптоматическое леченіе, или же оперативное пособіе только въ видѣ облегченія начавшейся уже естественной элиминаціи частей мертваго плода изъ тѣла матери.

Вопросъ о радикальномъ леченіи внѣматочной беременности не входитъ въ разсмотрѣніе авторовъ вплодь до 2-ой половины нашего столѣтія, или же единичныя мнѣнія авторовъ о примѣнимости его остались безъ распространенія, какъ, напр., попытки примѣненія электричества въ Италіи и предложеніе Heim'а производить лапаротомію.

Только въ послѣдней половинѣ текущаго столѣтія, съ успѣхами хирургіи вообще, постарались путемъ болѣе энергическаго леченія понизить громадный процентъ смертности при внѣматочной беременности, который, по изслѣдованіямъ Hecker'а, для трубной беременности, напримѣръ, равнялся почти 100%.

Быстро одно за другимъ появились сочиненія Rogers'a, Campbell'a, Hutchinson'a, Von Cauvenberghe'a, Kalle'a, Depaul'я и Parry и др., основанныя уже на статистическомъ изученіи радикально леченныхъ случаевъ внѣматочной беременности.

Въ Германіи также за послѣднія 10 лѣтъ появился цѣлый рядъ работъ относительно оперативнаго леченія внѣматочной беременности, какъ-то статьи: Gusserow'a, Litzmann'a, Hofmeier'a и др., такъ что въ настоящее время трудно даже разобраться въ различныхъ взглядахъ на детали относительно времени и различныхъ методовъ леченія, хотя въ общемъ они уже систематизированы по періодамъ беременности и вообще никто почти не сомнѣвается въ необходимости ихъ примѣненія.

Современные взгляды сходятся болѣе или менѣе на той точкѣ, что леченіе внѣматочной беременности должно быть по преимуществу оперативное, и потому я не стану останавливаться на леченіи симптоматическомъ, производимомъ по общимъ правиламъ медицины, а перейду прямо къ леченію,

имѣющему своею цѣлью радикальное исцѣленіе внѣматочной беременности и, вѣрнѣе сказать, безвреднаго для матери удаленія изъ ея организма продукта внѣматочной беременности, такъ какъ спасеніе одновременно матери и ребенка пока еще отходитъ на задній планъ, и вообще заботы терапіи направлены по преимуществу въ пользу матери, а не плода, часто не достигающаго надлежащей степени развитія. Терапія внѣматочной беременности преслѣдуетъ, главнымъ образомъ, цѣль сдѣлать безвреднымъ для матери присутствіе плода на ненормальномъ мѣстѣ: или a) убивъ его, или b) удаливъ его совсѣмъ изъ тѣла матери. Только такъ называемыя первичныя операціи, производимыя въ періодѣ уже несомнѣнной жизнеспособности, плода, преслѣдуютъ цѣль,—къ сожалѣнію, пока еще недостижимую вполнѣ,—спасенія и матери, и ребенка.

Перехожу къ разсмотрѣнію различныхъ методовъ радикальнаго леченія внѣматочной беременности въ различные ея періоды, которыхъ я различаю также три, по примѣру другихъ авторовъ, какъ, напр., Depaul'я, Cohnstein'а, Deschamps, Parry:

1) Періодъ ранній—до жизнеспособности плода.

2) Періодъ жизнеспособности до смерти плода или до нормальнаго срока окончанія беременности.

3) Періодъ исходный, послѣ смерти плода или срока окончанія нормальной беременности.

Терапевтическія мѣры, примѣняемыя во второмъ періодѣ, только и имѣютъ въ виду обѣ жизни. Въ первомъ и третьемъ періодахъ терапія имѣетъ въ виду только интересы матери.

Первый періодъ можно еще подраздѣлить на два отдѣла:

a) до наступленія угрожающихъ жизни матери явленій,—главнымъ образомъ, разрыва околоплоднаго мѣшка,—здѣсь примѣняются: пункція, впрыскиванія наркотическихъ веществъ, электричество, имѣющія цѣлью убить плодъ или остановить дальнѣйшее его развитіе, а также операціи полнаго удаленія всего плоднаго мѣшка;

b) при наступленіи разрыва или немедленно послѣ него,—здѣсь задача леченія состоитъ, главнымъ образомъ, въ оста-

новкѣ смертельнаго кровотеченія и предупрежденія послѣдовательнаго развитія смертельнаго общаго перитонита.

Во 2-мъ періодѣ примѣняются различныя операціи, главнымъ образомъ laparotomia съ полнымъ удаленіемъ всего плоднаго мѣшка или только живаго плода, причемъ время производства операціи опредѣляется различно, или операція производится: 1) при несомнѣнной жизнеспособности плода, 2) до наступленія ложно-родовыхъ болей и 3) во время или немедленно послѣ нихъ, пока еще плодъ живъ.

Въ 3-мъ періодѣ тѣ же операціи полнаго или неполнаго удаленія мѣшка per laparotomiam, kolpotomiam, recto-extractionem, причемъ время производства операціи можетъ быть различно:

1) немедленно послѣ смерти плода;
2) послѣ тромбозированія плацентарныхъ сосудовъ;
3) при появленіи угрожающихъ жизни матери явленій;
4) при развившихся уже процессахъ естественной элиминаціи мертваго плода.

Для наглядности представляю слѣдующую таблицу леченія внѣматочной беременности:

| Способъ операціи. | Методъ операціи. | Время операціи. |
|---|---|---|
| 1. Пункція плоднаго мѣшка. | | |
| 2. Инъекція морфія въ плодный мѣшокъ. | | |
| 3. Электричество. | | |
| 4. Лапаротомія. | a) Laparokelyphotomia.<br>b) Laparokelyphoektomia. | a) до разрыва плод. мѣшка,<br>b) послѣ разрыва,<br>c) до смерти и<br>d) послѣ смерти плода. |
| 5. Элитротомія.<br>6. Извлеченіе плода черезъ задній проходъ. | | до и послѣ смерти плода. |

7) Различныя операціи удаленія частей мертваго плода, при начавшейся произвольной элиминаціи.

8) Случайно понадобившіеся оперативные пріемы: colotomia, lithotomia и др.

Описавъ методы леченія внѣматочной беременности, я приведу казуистику ихъ примѣненія и постараюсь сдѣлать оцѣнку достоинствъ каждаго оперативнаго пріема, указать на самое удобное время для производства данной операціи и на примѣнимость его при различныхъ формахъ внѣматочной беременности, т. е. изложу показанія, методы и цѣлесообразность оперативнаго леченія внѣматочной беременности на основаніи данныхъ собраннаго въ литературѣ послѣднихъ десяти лѣтъ казуистическаго матеріала.

### Проколъ плоднаго мѣшка.

Basedow, а затѣмъ Kiwisch совѣтовали, какъ вѣрный методъ способствовать смерти плода въ началѣ беременности, тонкимъ троакаромъ проколоть ненормальное вмѣстилище плода и выпустить наружу околоплодную жидкость. По Kiwisch'у, это примѣнимо въ тѣхъ случаяхъ, когда плодный мѣшокъ находится въ Дугласовомъ пространствѣ и достигается чрезъ рукавъ; онъ же говоритъ, что подобное незначительное поврежденіе не производитъ сильныхъ припадковъ, а за выпущеніемъ околоплодной жидкости смерть плода во всякомъ случаѣ вѣрна. Такимъ образомъ можно предупредить угрожающій разрывъ вмѣстилища плода и произвести въ большей части случаевъ такое мѣстное воспаленіе, которое при незначительной величинѣ плода не представляетъ большой опасности, а въ благопріятныхъ случаяхъ можетъ окончиться изгнаніемъ остатковъ плода посредствомъ нагноенія.

По мнѣнію Kiwisch'а, пункція показана даже при плодѣ болѣе значительнаго объема, при появленіи опасныхъ припадковъ растяженія вмѣстилища плода, и можетъ быть произведена также черезъ брюшные покровы. На самомъ дѣлѣ практика примѣненія пункціи далеко не подтвердила вышеизло-

женнаго взгляда Kiwisch'a, а, напротивъ того, опровергла его почти во всѣхъ пунктахъ.

Depaul, въ 1874 году, считалъ вопросъ объ успѣхѣ этого метода еще нерѣшеннымъ.

Parry упоминаетъ о 7 случаяхъ, изъ которыхъ только 2 раза операція прокола окончилась выздоровленіемъ (случаи Greenhalgh и Tanner); въ остальныхъ же 5-ти (случаи James V. Simpson'a, Br. Hicks'a, Martin'a и 2 случая T. G. Thomas'a) окончились смертью отъ кровотеченія, септицеміи, и кромѣ того, въ случаѣ Simpson'a плодъ остался живъ, не смотря не пункцію.

Cohnstein цитируетъ 9 случаевъ пункціи съ неблагопріятнымъ исходомъ, окончившихся смертью вслѣдствіе послѣдовательнаго кровотеченія въ мѣшокъ, воспаленія, септицеміи и другихъ осложненій, и только 7 случаевъ съ исходомъ благопріятнымъ.

Lusk собралъ въ литературѣ до 1881 года всего 21 случай пункціи, изъ которыхъ въ 13 наступила смерть матери, 1 случай окончился неуспѣхомъ, такъ какъ плодъ остался живъ, и только 7 случаевъ окончились выздоровленіемъ оперированныхъ.

Lusk изъ этихъ цифръ заключаетъ, что хотя операція эта проста, но не даетъ блестящихъ успѣховъ.

Кромѣ цитированныхъ вышеназванными авторами случаевъ, я могу привести еще только три случая пункціи плоднаго мѣшка, произведенной съ цѣлью остановить дальнѣйшее развитіе внѣматочнаго плода. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ, а именно описанномъ весьма подробно Duncan'омъ и Mason'омъ[102d], операція, не смотря на многократное свое примѣненіе, осталась безъ успѣха; случаи же проф. Крассовскаго[442] и цитируемый проф. Славянскимъ[440c] увѣнчались полнымъ успѣхомъ, т. е. больныя благополучно перенесли операцію, плоды же были убиты.

На основаніи этихъ — правда, немногочисленныхъ — наблюденій, можно сдѣлать выводъ, что: 1) пункція, особенно производимая безъ соблюденія антисептики, не представляетъ не-

винной операціи и 2) не всегда достигаетъ цѣли—убить плодъ.

Но все-таки же, по своей удобоисполнимости и при соблюденіи необходимыхъ предосторожностей въ смыслѣ антисептики и медленномъ, но полномъ опорожненіи жидкости плоднаго мѣшка,—этотъ методъ въ теченіе ранняго періода можетъ дать желаемый результатъ остановки дальнѣйшаго развитія внѣматочной беременности, хотя для радикальнаго исцѣленія,—какъ видно изъ случая, цитируемаго проф. Славянскимъ,—можетъ понадобиться послѣдовательное удаленіе остатковъ плода или всего плоднаго мѣшка путемъ лапаротоміи.

## Впрыскиваніе въ плодный мѣшокъ наркотическихъ средствъ.

Предложенное первоначально Joulin'омъ въ 1863 году и впервые успѣшно произведенное Friedreich'омъ впрыскиваніе раствора морфія въ плодный мѣшокъ съ цѣлью убить плодъ производилось съ тѣхъ поръ въ очень небольшомъ числѣ случаевъ, такъ что вопросъ о цѣлесообразности этого метода, по мнѣнію Parry, не могъ еще въ 1875 году считаться рѣшеннымъ, такъ какъ онъ нашелъ въ литературѣ всего только одинъ вполнѣ убѣдительный случай излеченія этимъ способомъ (Koeberlé), тогда какъ даже случай Friedreich'a, по его мнѣнію, не можетъ считаться несомнѣннымъ.

Съ 1876 года впрыскиванія морфія, насколько мнѣ извѣстно, примѣнялись всего только 4 раза, въ случаяхъ Cohnstein'a, Müller-Schröder (II случай), Duncan и Mason'a (case IV) и Rennert'a, причемъ достигнутые ими результаты были разнообразны и крайне интересны для оцѣнки этого метода леченія.

Случай Cohnstein'a. Внѣматочная беременность или беременность одного рога—uteri bicornis. На III-мъ мѣсяцѣ выдѣлилась decidua, и затѣмъ Friedreich сдѣлалъ (на III—IV мѣсяцѣ беременности) 5 инъекцій morphii mur. въ растворѣ 0,01—0,02 Правацевскимъ шприцемъ per vaginam и черезъ брюшныя стѣнки послѣ предварительной аспираціи содержа-

щейся въ опухоли жидкости тѣмъ же шприцемъ. Послѣ второй инъекціи опухоль стала уменьшаться, и получился, въ концѣ концовъ, tumor величиною съ яблоко въ лѣвомъ сводѣ влагалища неравномѣрной консистенціи и неболѣзненный. Послѣ первой инъекціи было ухудшеніе состоянія больной, но наркотическаго дѣйствія морфія на организмъ матери не было.

2. Случай Müller'a. Доношенный плодъ убитъ путемъ впрыскиванія морфія черезъ брюшныя стѣнки въ мозгъ плода. Впослѣдствіи произведена kolpotomia со смертельнымъ исходомъ.

3. Въ случаѣ Duncan'a и Mason'a произведено нѣсколько впрыскиваній морфія безъ всякаго эффекта на плодъ при трубно-брюшной беременности на V—VI мѣсяцѣ беременности. Послѣ впрыскиванія двухъ гранъ морфія въ амніотическую жидкость получилась интоксикація больной, которую устранили выпущеніемъ 8 унцій содержимаго плоднаго мѣшка. Въ этомъ интересномъ случаѣ V-ти-мѣсячный плодъ совершенно безнаказанно подвергся, кромѣ инъекціи морфія въ амніотическую жидкость, еще 4-мъ инъекціямъ въ самое тѣло плода отъ $^1/_4$—$^1/_3$ грана и умеръ только послѣ послѣдней инъекціи, хотя, при той массѣ лечебныхъ вліяній, которымъ подвергалась больная (пункціи, электричество въ разныхъ видахъ, инъекція морфія), трудно рѣшить, дѣйствительно ли морфіемъ убитъ плодъ, и Duncan справедливо сомнѣвается въ этомъ.

4. Только въ случаѣ, описанномъ Kennert'омъ, эффектъ былъ быстрый и успѣшный: на V мѣсяцѣ внѣматочной беременности убитъ плодъ впрыскиваніемъ въ плодный мѣшокъ 1 grm 3% раствора морфія, при соблюденіи антисептики, черезъ выпяченный опухолью сводъ влагалища; но затѣмъ развились у больной перитонитъ и признаки разложенія плода въ плодномъ мѣшкѣ, окончившіеся, однако, выздоровленіемъ больной. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что во время и послѣ впрыскиваній морфія у больной были потугообразныя боли, во время которыхъ, какъ извѣстно, плодъ часто умираетъ и безъ другихъ вліяній.

Эти немногочисленные факты мало говорятъ въ пользу разбираемаго метода. Изъ шести леченныхъ этимъ способомъ случаевъ только два раза (Koeberlé и Müller) плодъ былъ убитъ впрыскиваніемъ морфія, но остальные случаи вовсе не говорятъ въ пользу этого способа, особенно случай Duncan'а, гдѣ нѣсколько впрыскиваній не только въ амніотическій мѣшокъ, но и въ тѣло плода оставались безуспѣшными.

Первый случай Friedreich'а и случай Cohnstein'а не безукоризнены въ смыслѣ діагноза внѣматочной беременности, а въ случаѣ Rennert'а есть основаніе думать, что плодъ умеръ не отъ впрыскиванія морфія.

Кромѣ того, случай Duncan'а доказываетъ, что возможна интоксикація матери.

На основаніи вышеприведенныхъ данныхъ, мнѣ кажется, можно прійдти къ такимъ заключеніямъ: примѣненіемъ этого леченія хотя, повидимому, и достигается иногда цѣль остановки дальнѣйшаго развитія ранней внѣматочной беременности и даже можно убить уже довольно развитой плодъ, но пока еще слишкомъ мало фактовъ, говорящихъ за несомнѣнный успѣхъ и полную безвредность для больной этого метода леченія. Во всякомъ случаѣ, нельзя вполнѣ согласиться съ Rennert'омъ, считающимъ инъекцію морфія за самый вѣрный и безвредный способъ леченія ранней внѣматочной беременности.

## Электричество.

Леченіе раннихъ періодовъ внѣматочной беременности электричествомъ въ различныхъ его формахъ, впервые примѣненное въ 1857 году Bachetti въ Пизѣ, только за послѣднее время стало примѣняться чаще, благодаря успѣхамъ, достигнутымъ этимъ способомъ, главнымъ образомъ, въ Америкѣ (Lusk, Rockwell, Gaillard Thomas, Garrigues, Landis и др.). Несмотря на довольно значительное число случаевъ, леченныхъ по этому способу, все-таки же примѣненіе электричества не получило еще полнаго права гражданства въ терапіи внѣматочной беременности.

Болѣе подробное разсмотрѣніе этого вопроса я счелъ не лишнимъ въ виду того, что примѣненіе электричества сопряжено съ гораздо меньшими опасностями для матери, чѣмъ другіе способы леченія, и составило бы важное пріобрѣтеніе въ терапіи внѣматочной беременности, если бы дѣйствительно вполнѣ подтвердились большія надежды, возлагаемыя на него американскими врачами.

Обращаюсь къ разбору фактической стороны вопроса. Въ виду разногласія авторовъ въ оцѣнкѣ цѣлесообразности электрическаго леченія, изученіе казуистики леченныхъ этимъ путемъ случаевъ, лучше всякихъ теоретическихъ разсужденій, можетъ выяснить современное состояніе этого вопроса. Garrigues [132] представилъ, въ 1882 году, работу объ электрическомъ леченіи внѣматочной беременности, основанную на 11 случаяхъ успѣшнаго леченія, и категорически высказался за полную цѣлесообразность даннаго способа леченія съ цѣлью убить плодъ и даже вызвать полное исчезновеніе продуктовъ ненормальной беременности. Послѣ этой работы за послѣдніе 3 года мнѣ удалось собрать еще слѣдующіе 19 случаевъ, гдѣ примѣнялось электричество при внѣматочной беременности: случаи Kochmann'a [199], Duncan-Mason'a [102d], Freund'a [120i], Harrison'a [126p], Everett Herrick'a [12?n], Sibbald'a [347], Mundé [236], Fanny Berlin'ой [27], Cocks'a [73], Cushier'a [127b], Lambert'a [127f], Lusk'a [233], 3 случая Mann'a [240] и 3 случая Rockwell'a [322] и Rosenstirn'a. Такъ какъ электричество въ большинствѣ случаевъ примѣнялось и предлагается только для раннихъ стадій развитія внѣматочной беременности, то весьма трудно судить объ эффектѣ электрическаго леченія въ виду шаткости діагноза ранней внѣматочной беременности и полнаго отсутствія для этихъ раннихъ стадій несомнѣнныхъ признаковъ жизни плода. Здѣсь приходится судить о смерти плода обыкновенно только по регрессивному развитію плоднаго мѣшка.

Въ случаѣ Mundé діагнозъ II-мѣсячной внѣматочной беременности можетъ считаться весьма вѣроятнымъ, и послѣ примѣненія сильнаго гальваническаго тока наступили у боль-

ной явленія коллапса, который, однако, Mundé не желаетъ объяснить разрывомъ плоднаго мѣшка, въ виду того, что больная могла ворочаться въ постели. Послѣдовательному же примѣненію фарадизаціоннаго тока авторъ приписываетъ уменьшеніе размѣровъ опухоли. Въ этомъ случаѣ, повидимому, нѣтъ никакихъ данныхъ утверждать, что плодъ убитъ электричествомъ; вѣроятнѣе всего, онъ погибъ вслѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка. Кромѣ того, этотъ случай интересенъ въ томъ отношеніи, что здѣсь, послѣ энергическаго электрическаго леченія, развились опасныя явленія коллапса, вѣроятно вслѣдствіе внутренняго кровотеченія. Этотъ случай и описанное Rosenstirn'омъ *) наблюденіе „колоссальной haematocele retro-uterina, развившейся вслѣдствіе примѣненія сильнаго гальваническаго тока", доказываютъ фактически опасность примѣненія сильныхъ электрическихъ токовъ и подтверждаютъ теоретическія соображенія Keller'а [192], Cohnstein'а [74] и др. относительно опасности вызвать разрывъ плоднаго мѣшка примѣненіемъ электричества, и, слѣдовательно, въ настоящее время нельзя считать эти соображенія „чисто-апріористическими", какъ ихъ называетъ Garrigues [132].

Въ случаѣ Lusk'а около IV-го мѣсяца беременности наступили явленія частичнаго разрыва мѣшка и коллапса (partial collapse), которыя, правда, не обязательно сопровождаются, по мнѣнію Gaillard Thomas'а, смертью плода, но все-таки же эти явленія дѣлаютъ сомнительнымъ эффектъ послѣдовательнаго фарадизаціоннаго леченія на прекращеніе жизни плода, и все это наблюденіе можетъ служить только примѣромъ электрическаго леченія haematocele.

Случай Cushier-Thomas'а вполнѣ аналогиченъ предъидущему, такъ какъ фарадизація примѣнялась уже послѣ явленій частичнаго разрыва плоднаго мѣшка и образованія haematocele, причемъ замѣчено уменьшеніе опухоли.

Въ случаѣ Sibbald'а электрическому леченію больная под-

*) Rosenstirn (San-Francisko). Centralbl. f. Gyn. 1881. № 13. Это, по мнѣнію автора, былъ случай gravid. tubo-uterinae.

верглась уже при явленіяхъ перитонита, развившагося вслѣдъ за разрывомъ внѣматочнаго плоднаго мѣшка, и плодъ, вѣроятно, умеръ раньше.

Случай Fanny Berlin'ой и три случая Mann'а, повидимому, убѣдительны въ діагностическомъ отношеніи, такъ какъ Mann говоритъ, что основывалъ свой діагнозъ, между прочимъ, на микроскопическомъ изслѣдованіи выдѣлившейся deciduae; но эти случаи слишкомъ недостаточно описаны (въ доступныхъ мнѣ литературныхъ источникахъ), и потому трудно судить, насколько они могутъ доказывать, что плодъ убитъ дѣйствительно электричествомъ. Въ этомъ отношеніи гораздо болѣе убѣдительны случаи Kochmann'а и Freund'а: въ первомъ случаѣ на V-омъ мѣсяцѣ беременности плодъ несомнѣнно убитъ статическимъ электричествомъ; въ случаѣ же Freund'а около 4-го мѣсяца внѣматочной беременности субъективно ощущавшіяся движенія плода и синхроническій съ пульсомъ матери шумъ сосудовъ (послѣда и пуповины) прекратились послѣ примѣненія электричества. Gaillard Thomas цитируетъ еще 2 случая внѣматочной беременности, видѣнные имъ на консультаціи вмѣстѣ съ Cocks'омъ и Lambert'омъ. Въ случаѣ Cocks'а 4-хъ-мѣсячная внѣматочная беременность констатирована на основаніи баллотированія плода и обычныхъ признаковъ беременности. Опухоль стала быстро уменьшаться послѣ примѣненія гальваническаго тока, и больная поправлялась. Въ случаѣ Lambert'а діагнозъ 5-ти-мѣсячной внѣматочной беременности для всѣхъ изслѣдовавшихъ больную врачей не былъ несомнѣненъ, но Gaillard Thomas полагаетъ, что въ этомъ случаѣ плодъ, кажется, находился въ брюшной полости; послѣ электрическаго леченія черезъ 2 мѣсяца опухоль живота почти совсѣмъ исчезла. Изъ семи случаевъ Rockwell'а я упоминаю только о трехъ новѣйшихъ, такъ какъ остальные уже принимались въ разсчетъ Garrigues'омъ въ его работѣ объ электрическомъ леченіи внѣматочной беременности. Изъ этихъ трехъ случаевъ два не убѣдительны въ діагностическомъ отношеніи, и только въ одномъ случаѣ нельзя оспаривать существованія внѣматочной беременности, такъ какъ

діагнозъ былъ поставленъ Sims'омъ и Emmet'омъ; послѣ примѣненія гальваническаго тока на 3-ьемъ мѣсяцѣ беременности опухоль стала уменьшаться.

Случаи Harrison'а и Everett Herrick'а доступны были для меня въ описаніи ихъ Gaillard Tomas'омъ [126—p—u]. Въ первомъ изъ нихъ плодъ, очевидно, умеръ раньше примѣненія электричества, послѣ котораго опухоль 3-хъ-мѣсячной внѣматочной беременности постепенно стала уменьшаться; во второмъ же, при $2^1/_2$-мѣс. трубной беременности, послѣ четырехъ сеансовъ леченія прерывистымъ гальваническимъ токомъ замѣчено было повышеніе температуры и учащеніе пульса немного выше 100, но результатъ леченія былъ очень удовлетворительный, такъ какъ опухоль постепенно уменьшалась и больная совершено выздоровѣла. Наконецъ, въ интересномъ и весьма тщательно описанномъ случаѣ Duncan-Mason'а, гдѣ на 5-мъ мѣсяцѣ трубно-брюшной беременности, путемъ систематическаго выслушиванія сердцебіенія плода, контролировался эффектъ различныхъ примѣнявшихся въ этомъ случаѣ методовъ безкровнаго леченія,—примѣненіе фарадизаціи, гальваническаго тока и даже электропунктуры не дало ожидавшагося успѣха и плодъ остался живымъ.

Изъ вышеизложеннаго мы видимъ, что въ нашихъ 19 случаяхъ эффектъ электрическаго леченія выразился уменьшеніемъ опухоли 15 разъ, но діагнозъ внѣматочной беременности былъ сомнительный въ 3 случаяхъ. Изъ 3 случаевъ, гдѣ жизнь плода могла быть положительно констатирована, плодъ убитъ электричествомъ 2 раза и остался живъ 1 разъ, не смотря на систематическое примѣненіе различныхъ методовъ электрическаго леченія (сл. Duncan-Mason'а). Въ остальныхъ случаяхъ болѣе ранняго періода внѣматочной беременности плодъ, повидимому, погибъ отъ послѣдствій разрыва плоднаго мѣшка, а не отъ прямаго вліянія электричества. Кромѣ того, 3 случая изъ 15-ти, съ болѣе или менѣе вѣроятнымъ діагнозомъ, доказываютъ небезопасность электрическаго леченія въ смыслѣ возможнаго разрыва плоднаго мѣшка и явле-

ній воспаленія, хотя нужно замѣтить, что ни одинъ изъ этихъ случаевъ не окончился смертельно.

На основаніи оцѣнки приведенныхъ выше случаевъ, можно пока прійдти къ тому заключенію, что электрическое леченіе требуетъ еще дальнѣйшихъ фактическихъ доказательствъ своей пригодности, но, какъ методъ относительно менѣе опасный, чѣмъ, напримѣръ, проколъ, заслуживаетъ полнаго вниманія.

Электричество примѣнялось съ одинаковымъ, повидимому, успѣхомъ во всѣхъ почти *видахъ*. Электропунктура относится къ способамъ леченія, сопряженнымъ съ нарушеніемъ цѣлости плоднаго мѣшка, и представляетъ потому не меньшія опасности, какъ и проколъ вообще. Steavenson[102a] экспериментальнымъ путемъ старался рѣшить вопросъ о дѣйствіи этого способа. Онъ изслѣдовалъ на мертвыхъ плодахъ эффектъ электропунктуры и нашелъ, что, благодаря ей, ускоряется разложеніе тканей.

Garrigues полагаетъ, что электропунктуру слѣдуетъ примѣнять только въ тѣхъ случаяхъ, когда „наружное примѣненіе“ электричества оказалось недѣйствительнымъ.

Duchenne совѣтовалъ Lesoeuf'у примѣнять лейденскую банку. Статическимъ электричествомъ убитъ плодъ въ случаѣ Kochmann'а.

Rockwell и Gaillard Thomas склоняются въ пользу гальванизма, который, по ихъ мнѣнію, былъ всегда дѣйствительнымъ и безопаснымъ способомъ.

Garrigues, Lusk, Mundé, Landis и Mann предпочитаютъ фарадизацію, такъ какъ ею не вызывается шока, и потому она можетъ безопасно примѣняться въ теченіе долгаго времени и со значительною силой тока.

Такъ какъ фарадизація при помощи электромагнитныхъ индуктивныхъ аппаратовъ примѣнялась успѣшно въ 6-ти случаяхъ, цитируемыхъ Garrigues'омъ, то онъ особенно рекомендуетъ этотъ способъ по своему удобству и простотѣ примѣненія.

*Способъ примѣненія*: отрицательный электродъ обыкновенно вводится или во влагалище, или per rectum; положи-

тельный же электродъ ставится на брюшные покровы. Garrigues совѣтуетъ токи средней силы, примѣняемые въ теченіе 10-ти или больше минутъ. Сеансъ нужно повторять ежедневно, пока не появятся признаки обратнаго развитія беременности: уменьшеніе грудныхъ железъ и т. п. Rockwell и Landis предлагаютъ употребленіе сильныхъ токовъ. Gaillard Thomas'у одинъ разъ пришлось примѣнять гальваническій токъ въ 40 cells; обыкновенно же, говоритъ онъ, плодъ можетъ быть убитъ токомъ гораздо меньшей силы.

Способъ дѣйствія электричества пока еще не выясненъ. Нѣкоторые авторы, говоритъ Garrigues, приписываютъ эффектъ электролизу, но самъ Garrigues, на основаніи своихъ опытовъ, признаетъ скорѣе динамическое, нежели химическое вліяніе электричества. Duncan и Steavenson считаютъ невозможнымъ убить плодъ электрическими ударами, потому что у него не достаточно развитъ тормазящій аппаратъ сердца. Landis, кромѣ прямаго дѣйствія на плодъ, усматриваетъ еще вліяніе электричества въ нарушеніи плящентарнаго кровообращенія.

Keller и Deschamps отвергали въ принципѣ леченіе электричествомъ, такъ какъ имъ можно произвести разрывъ мѣшка, вызвавъ мышечное сокращеніе брюшнаго пресса и мышечныхъ стѣнокъ самаго плоднаго мѣшка.

Техническія подробности примѣненія электричества при внѣматочной беременности не могутъ пока еще подвергаться статистическому изученію въ виду малаго числа однородныхъ наблюденій. Необходимыя свѣдѣнія изложены въ сочиненіяхъ Rockwell'я, Lusk'а, Gaillard Thomas'а и Landis'а.

Кромѣ этихъ американскихъ врачей, только Howitz, въ Копенгагенѣ, высказывается за электрическое леченіе, вопреки мнѣнію Veit'а и другихъ нѣмецкихъ ученыхъ, большинство которыхъ, повидимому, игнорируютъ этотъ способъ леченія.

Въ заключеніе замѣчу, что электричество,—какъ способъ леченія менѣе опасный въ сравненіи съ другими способами,— примѣнимо, мнѣ кажется, при существующей до настоящаго времени шаткости діагноза раннихъ періодовъ внѣматочной беременности, и, вѣроятно, примѣненіе его окажется удобнымъ

при абдоминальной формѣ беременности, гдѣ опасаться сокращеній мѣшка нечего; съ другой же стороны, лапаротомія, какъ мы увидимъ дальше, представляетъ бо̀льшія техническія трудности, чѣмъ при настоящей трубной беременности.

### Ранняя лапаротомія. Кольпотомія.

Цѣль остановки развитія внѣматочной беременности, какъ мы видѣли, достигалась или безъ нарушенія цѣлости самаго плодовмѣстилища, какъ, напр., примѣненіемъ гальваническаго или фарадизаціонныхъ токовъ, благодаря дѣйствію которыхъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, достигается не только смерть плода, но и уменьшеніе, даже полное всасываніе, мертваго яйца: мы видѣли, что, пока, еще факты эти не подтверждены окончательно и этотъ методъ леченія безъ нарушенія цѣлости плоднаго яйца, не смотря на всю свою желательность, оказывается едва ли достигающимъ цѣли. Съ другой стороны, проколъ, впрыскиванія морфія и электропунктура основаны уже на принципѣ нарушенія цѣлости плоднаго мѣшка, безъ полнаго, однако, его удаленія или полнаго опорожненія: мы видѣли, что часто эти терапевтическія мѣры вызывали септицемію, послѣдовательныя кровотеченія или опасныя для матери разложенія содержимаго плоднаго мѣшка и воспаленіе его стѣнокъ. Въ виду-то этихъ опасностей, Parry, напр., отвергаетъ совершенно всякій методъ, сопряженный съ прободеніемъ стѣнокъ плодовмѣстилища, если за этою операціей тотчасъ не будетъ предпринято полнаго разрушенія или даже удаленія всего плоднаго мѣшка. Мысль полнаго уничтоженія причины страданія такъ естественна, что уже давно совѣтовали производить лапаротомію съ полною экстирпаціей плоднаго мѣшка (Heim въ 1812 году, Osiander, Playfair, Meadows и др.), но никто не рѣшался на подобную смѣлую операцію, не только по причинѣ ея прямой опасности, но, главнымъ образомъ, въ виду трудности постановки діагноза въ первые мѣсяцы внѣматочной беременности. Авто-

ритетный голосъ Spencer Wells'a раздавался положительно противъ этой операціи. Онъ главнымъ образомъ основывалъ свое мнѣніе на томъ соображеніи, что разрывъ плоднаго мѣшка, который желаютъ предупредить этою операціею, вовсе не такъ опасенъ, какъ это думаютъ, такъ какъ послѣ него часто наступаетъ выздоровленіе и развитіе такъ называемой вторичной брюшной беременности. Это мнѣніе, основанное дѣйствительно на болѣе точномъ изученіи исходовъ внѣматочной беременности, тѣмъ не менѣе не даетъ права отказаться отъ всякаго энергическаго терапевтическаго вмѣшательства и попытки оперативнаго леченія внѣматочной беременности, такъ какъ общій процентъ смертности для внѣматочной беременности очень великъ. За послѣднее время успѣхи оперативной гинекологіи дали нравственное право производить пробную лапаротомію и, съ другой стороны, обезпечили благопріятный исходъ за самыми опасными въ былыя времена операціями, такъ что—и съ точки зрѣнія опасности операціи и не смотря на шаткость діагноза—полное удаленіе плоднаго мѣшка въ настоящее время оказалось исполнимымъ. Экстирпація плоднаго мѣшка возможна, разумѣется, только при трубной беременности, которая въ раннемъ своемъ періодѣ развитія не образовала еще срощеній съ окружающими органами. При этихъ-то условіяхъ Dr. J. Veit *), въ Берлинѣ, произвелъ первую операцію этого рода 16 августа 1883 года,—правда, при невѣрной діагностикѣ опухоли яичника,—и нашелъ срощенную съ окружающими частями беременную трубу величиною съ кулакъ, содержащую пронизанное кровоизліяніями яйцо съ погибшимъ уже раньше плодомъ въ 2 mm. длины.

Другую подобную же операцію, но уже при вѣрномъ діагнозѣ трубной беременности на III-мъ мѣсяцѣ Veit произвелъ 16 февраля 1884 года: удаленъ плодный мѣшокъ, образованный правою трубою и рыхло срощенный съ окружающими

---

*) Veit. Die Eileiterschwangerschaft 1884, p. 60.

органами съ живымъ плодомъ длиною въ 7 ctm. Обѣ операціи окончились полнымъ выздоровленіемъ, и Veit на этомъ основаніи говоритъ *), что лапаротомія и экстирпація плоднаго мѣшка—единственно вѣрный способъ леченія трубной беременности, пока не существуетъ никакихъ осложненій (разрывъ и др.). Эта операція, по мнѣнію Veit'a, даже при невѣрномъ діагнозѣ менѣе опасна для больной, чѣмъ пункція плоднаго мѣшка и впрыскиваніе морфія. Veit *) не придаетъ особенной важности діагностической ошибкѣ при смѣшеніи ранней трубной беременности съ другими формами внѣматочной беременности. Боковое положеніе опухоли, переходъ трубы на опухоль и подвижность ея, въ противоположность фиксированному положенію опухоли при брюшной беременности, допускаютъ смѣшеніе только съ яичниковою и трубно-абдоминальною формами: въ этихъ двухъ случаяхъ нѣтъ настоятельнаго показанія къ операціи въ виду меньшей опасности разрыва. При подобныхъ обстоятельствахъ, если бы оказалась въ дѣйствительности брюшная беременность въ началѣ ея развитія, то нужно продолжать операцію, отдѣлить последъ после разрѣза плоднаго мѣшка, и можно будетъ довольно вѣрно остановить кровотеченіе изъ стѣнки мѣшка обкалываніемъ. Разумѣется, подобная операція имѣетъ совершенно другое значеніе, чѣмъ операція при простой трубной беременности; но и здѣсь можно преодолѣть препятствіе способомъ, совершенно аналогичнымъ тѣмъ, которые примѣняются при субсерозныхъ опухоляхъ яичника. При трубно-абдоминальной или яичниковой беременности условія операціи гораздо болѣе сходны съ условіями при трубной беременности, и здѣсь техника не особенно трудна. Если laparotomia и произведена при невѣрномъ діагнозѣ, то все-таки же можно утѣшить себя тѣмъ, что мы избавили больную отъ операціи въ концѣ беременности, которая гораздо опаснѣе ранней операціи.

---

*) Veit l. c., p. 54.

Veit[378], въ самое послѣднее время, референровалъ въ берлинскомъ акушерско-гинекологическомъ обществѣ, 13 ноября 1885 года, о третьемъ успѣшномъ случаѣ экстирпаціи плоднаго мѣшка на 3-мъ мѣсяцѣ беременности, но уже при трубно-брюшной формѣ, что̀ дало ему возможность подтвердить свое мнѣніе о примѣнимости операціи при всѣхъ видахъ внѣматочной беременности, гдѣ плодный мѣшокъ снабженъ ножкою, и что техника экстирпаціи не труднѣе при положеніи яйца у абдоминальнаго отверстія трубы. Четвертый случай полной экстирпаціи трубной беременности съ 3—4 недѣльнымъ плодомъ описанъ Т. Howitz'емъ[179b], въ Копенгагенѣ, и онъ вполнѣ согласенъ съ Veit'омъ, что лапаротомія представляетъ единственное раціональное средство, если поставленъ діагнозъ трубной беременности до разрыва ея, но, въ противоположность Veit'у, Howitz считаетъ показанною эту же операцію, если даже констатирована смерть плода, хотя это и трудно.

Эти четыре операціи, увѣнчавшіяся полнымъ успѣхомъ, вполнѣ устанавливаютъ, не смотря на свою малочисленность, право гражданства за операціей давно совѣтуемой, но только за послѣдніе 3 года осуществленной Veit'омъ и Howitz'емъ. Операція эта составляетъ, несомнѣнно, важное пріобрѣтеніе въ леченіи внѣматочной беременности, или, по крайней мѣрѣ, трубныхъ формъ беременности; остается только пожалѣть, что шаткость діагноза ранней трубной беременности, вѣроятно, долго еще будетъ служить препятствіемъ къ производству ранней лапаротоміи.

*Кольпотомія.* Элитротомія далеко не представляетъ тѣхъ преимуществъ, какъ полная экстирпація плоднаго мѣшка. Она, во первыхъ, составляетъ уже операцію не удаленія полнаго, а только разрушенія плоднаго яйца, и, слѣдовательно, при ней больная подвергается всѣмъ опасностямъ послѣдовательнаго воспаленія стѣнокъ околоплоднаго мѣшка съ его послѣдствіями. Во вторыхъ, при ней возможно плацентарное кровотеченіе какъ во время операціи, такъ и послѣ нея. Однимъ словомъ, эта операція представляетъ тѣ же опасности, какъ и Laparokelyphotomia болѣе ранняя, кромѣ того увели-

ченная трудностью полной антисептики поля операціи, но все-таки-же въ нѣкоторыхъ случаяхъ и эта операція, впервые произведенная Gaillard Thomas'омъ [125], имѣетъ свои достоинства. Gaillard Thomas, въ 1875 году, при помощи гальванокаустическаго ножа, примѣненіемъ котораго онъ хотѣлъ по возможности уменьшить кровотеченіе, удалилъ чрезъ разрѣзъ задняго свода влагалища плодъ и послѣдъ 3-хъ-мѣсячной внѣматочной беременности, и, не смотря на послѣдовавшее во время этой операціи кровотеченіе, больная все-таки же выздоровѣла. Не смотря на то, что Parry называетъ эту операцію самымъ важнымъ новѣйшимъ пріобрѣтеніемъ въ дѣлѣ леченія раннихъ періодовъ внѣматочной беременности, она за послѣднія 10 лѣтъ мало нашла послѣдователей. Слѣдующій подобный случай описанъ O'Hara [285]: элитротомія произведена Albert'омъ Smit'омъ при угрожающемъ разрывѣ плоднаго мѣшка въ концѣ 4-го мѣсяца. Случай этотъ окончился смертью отъ кровотеченія, получившагося не смотря на то, что разрѣзъ былъ произведенъ при помощи термокаутера, такъ какъ при разрѣзѣ раненъ былъ послѣдъ, помѣщавшійся въ Дугласовомъ пространствѣ. Наконецъ, сюда же относится недавно описанный въ Москвѣ случай Пружанской [436], гдѣ кольпотомія произведена была Снегиревымъ въ присутствіи проф. Склифасовскаго, при помощи Пакеленовскаго термокаутера, и извлеченъ живой плодъ шестимѣсячной внѣматочной беременности, также окончившійся смертью матери; плодъ же, разумѣется, былъ не способенъ къ внѣутробной жизни. Garrigues [132] упоминаетъ еще объ одномъ случаѣ кальпотоміи при трубно-яичниковой беременности, гдѣ Robert Battey на пятомъ мѣсяцѣ вскрылъ полость плоднаго мѣшка изогнутымъ троакаромъ и экразеромъ Chassaignac'a, также съ летальнымъ исходомъ для больной. Сопоставляя эти 4 случая кольпотоміи, изъ которыхъ только 1, и то случайно, окончился выздоровленіемъ, съ результатомъ ранней лапаротоміи при трубной беременности, разумѣется, получится громадная разница не въ пользу кольпотоміи; но нужно принять во вниманіе большія разницы, существующія между всѣми этими случаями даже относительно

вида беременности, и, кромѣ того, въ случаѣ O'Hara смерть обусловлена была непредвидѣннымъ случайнымъ обстоятельствомъ прикрѣпленія послѣда какъ разъ на мѣстѣ разрѣза. Существуетъ также большая разница въ срокахъ беременности, при которомъ оперировали: въ случаѣ Gaillard Thomas'a беременность была 3-хъ-мѣсячная, и пляценты, собственно говоря, еще не было, тогда какъ въ случаѣ O'Hara, относящемся къ концу 4-го мѣсяца, тѣмъ болѣе въ случаѣ Пружанской, гдѣ беременность достигла 5-го или 6-го мѣсяца, операція представляла гораздо бо̀льшія опасности, какъ со стороны бо̀льшаго развитія пляценты, такъ и вообще всего плоднаго мѣшка. Въ виду разнообразія и малочисленности этихъ случаевъ трудно составить правильную оцѣнку разбираемой нами операціи. Оставляю дальнѣйшее разсмотрѣніе преимуществъ, недостатковъ и показаній этой операціи до разбора этихъ обстоятельствъ для кольпотоміи, производимой послѣ смерти плода.

Этимъ я заканчиваю разборъ методовъ леченія ранней внѣматочной беременности, не останавливаясь на другихъ давно оставленныхъ предположеніяхъ убить плодъ и остановить развитіе внѣматочной беременности, подвергая опасности или нанося сознательно вредъ матери: леченіемъ голодомъ Von Ridgen'a, кровопусканіемъ Cazeaux, сифилизаціей Barnes'a [15] и т. д. Такъ-же нераціоналенъ совѣтъ Malin'a вызвать сдавленіемъ мѣшка остановку его развитія, такъ какъ этимъ способомъ легко можно вызвать разрывъ мѣшка, т. е. именно то, чего желаютъ избѣгнуть. По мнѣнію Veit'a *), методъ этотъ будетъ допустимъ только тогда, когда мы будемъ имѣть вѣрный способъ борьбы съ внутреннимъ кровотеченіемъ, развивающимся послѣ разрыва внѣматочнаго плоднаго мѣшка. Позволю себѣ сдѣлать краткій общій обзоръ леченія раннихъ періодовъ внѣматочной беременности.

Леченіе ранней внѣматочной беременности, если діагнозъ ея точно установленъ, имѣетъ главною цѣлью остановить дальнѣй-

---

*) Veit. Die Eileiterschwangerschaft, p. 51.

шее развитіе беременности и, если возможно, то и уничтожить остатки плоднаго мѣшка, которые могутъ, при неблагопріятныхъ условіяхъ, вызвать, какъ постороннее тѣло, послѣдовательныя воспаленія и обусловить опасность для жизни больной. Эта цѣль достигается для трубной беременности, повидимому, лучше всего раннимъ удаленіемъ всего мѣшка путемъ ранней лапаротоміи или примѣненіемъ электричества безъ нарушенія цѣлости мѣшка, хотя и этотъ методъ еще требуетъ дальнѣйшаго изслѣдованія и вмѣстѣ со всѣми методами, основанными на нарушеніи цѣлости мѣшка, не лишенъ опасности вызвать разрывъ.

При брюшной и яичниковой формахъ беременности, гдѣ мѣшокъ мало содержитъ сократительныхъ элементовъ и опасность разрыва мѣшка меньше, лапаротомія же труднѣе выполнима, пригоднѣе электричество. Всѣ же способы, сопряженные съ небольшими нарушеніями цѣлости плоднаго мѣшка и частичнымъ опорожненіемъ его содержимаго, опасны въ томъ отношеніи, что могутъ вызвать ex vacuo кровоизліяніе въ мѣшокъ. Съ другой же стороны, небольшія нарушенія цѣлости стѣнокъ мѣшка не даютъ возможности примѣнить антисептику въ случаѣ разложенія содержимаго мѣшка и послѣдовательнаго септическаго зараженія матери. Въ этомъ отношеніи несомнѣнное преимущество имѣютъ, какъ уже указываетъ Parry, всѣ операціи разрушенія и полнаго опорожненія плоднаго мѣшка, предполагая, что мы будемъ имѣть возможность справиться съ кровотеченіемъ и при этомъ избѣгнуть опасности септическаго зараженія.

**Леченіе разрыва плоднаго мѣшка при внѣматочной беременности.**

Разрывомъ мѣшка, по мнѣнію Hecker'а, оканчивались смертельно всѣ случаи трубной беременности, а другіе виды внѣматочной беременности также довольно часто оканчивались этимъ же явленіемъ, хотя и не всегда смертельно. Изслѣдованія послѣдняго времени показали, что разрывъ трубной бере-

менности не обязательно оканчивается смертью отъ внутренняго кровотеченія, а можетъ также кончиться выздоровленіемъ или путемъ образованія ограниченной haematocele, или даже, съ сохраненіемъ жизни плода, завершиться развитіемъ такъ называемой вторичной брюшной беременности. Но все-таки же эти благопріятные исходы довольно рѣдки, и, во всякомъ случаѣ, на нихъ нельзя разсчитывать, а можно смотрѣть только какъ на счастливую случайность.

Смерть при разрывѣ внѣматочнаго мѣшка зависитъ, главнымъ образомъ, отъ двухъ причинъ: отъ шока и внутренняго кровотеченія, причемъ вторая причина самая частая. Согласно этимъ причинамъ, показанія терапіи должны быть направлены на уменьшеніе или полное уничтоженіе этихъ двухъ фатальныхъ явленій. Во многихъ случаяхъ смерть наступаетъ такъ быстро, что не успѣваетъ подоспѣть врачебная помощь; но при болѣе медленномъ ходѣ процесса и, слѣдовательно, именно тогда, когда можетъ имѣть мѣсто вмѣшательство врача, обыкновенно явленія шока уже изгладились и приходится направить все свое вниманіе на преодолѣніе развивающейся острой анэміи, угрожающей жизни больной. Здѣсь помощь обыкновенно бываетъ палліативная: примѣняются всѣ способы леченія внутреннихъ кровотеченій вообще, гдѣ непосредственная хирургическая остановка кровотеченія оказывается невозможною: покой, холодъ, возбуждающія и наркотическія средства и т. д. Сюда же относится *трансфузія крови* и—за послѣднее время—трансфузія солянаго раствора. Леченіе трансфузіей примѣнялось, насколько мнѣ извѣстно, еще очень рѣдко и пока не дало еще особенно блестящихъ результатовъ: больная Hegar'а [165] умерла послѣ трансфузіи ягнячьей крови черезъ 6 дней отъ урэміи; въ случаѣ Земацкаго и Котельникова[417] послѣ впрыскиванія солянаго раствора и временнаго улучшенія кровообращенія наступила смерть при явленіяхъ все усиливающейся анэміи; наконецъ въ третьемъ случаѣ, Jacoby [186], больная, не взирая на временное улучшеніе послѣ подобной же соляной трансфузіи, умерла черезъ 20 часовъ, при явленіяхъ коллапса.

Относительно примѣненія на дѣлѣ предлагавшагося нѣкоторыми авторами и изъ нихъ за послѣднее время Veit'омъ *прижатія аорты* при явленіяхъ внутренняго кровотеченія вслѣдствіе разрыва внѣматочнаго мѣшка, мнѣ не удалось найти въ литературѣ никакихъ указаній. Зато литература вопроса о леченіи разрывовъ обогатилась за послѣднее время цѣлымъ рядомъ успѣшныхъ случаевъ хирургическаго леченія, сущность котораго заключается въ прямой остановкѣ кровотеченія путемъ лапаротоміи. Давно и съ разныхъ сторонъ предлагалась эта операція со времени Hein'a, но даже еще у Parry мы находимъ выраженіе, что никто до 1875 года не рѣшался на производство этой рискованной операціи и до самаго послѣдняго времени раздавались почти единогласно голоса противъ этого предпріятія. Укажу, какъ на очень недавній примѣръ, на мнѣніе Veit'a *), прямо считающаго за ошибку производство лапаротоміи при внезапной руптурѣ; онъ даже съ нѣкоторою ироніей говоритъ, что „Wiltshire и Lawson Tait крайне просто относятся къ этому вопросу при каждомъ дебатѣ по этому поводу въ лондонскомъ акушерскомъ обществѣ: если кто либо демонстрируетъ препаратъ разрыва трубной беременности, то они встаютъ и замѣчаютъ, что здѣсь ничего не оставалось сдѣлать, кромѣ лапаротоміи, для спасенія больной“. „Я самъ—говоритъ Veit—одинъ разъ рѣшился на лапаротомію при подобныхъ безнадежныхъ условіяхъ. Кровотеченіе, правда, остановилось, но больная умерла черезъ 60 часовъ послѣ операціи“. Я не нашелъ въ литературѣ ни одного случая,—говоритъ Veit,—гдѣ бы этимъ образомъ была спасена жизнь больной. И уже этотъ фактъ самъ по себѣ, по мнѣнію Veit'a, противорѣчитъ мысли о подобной операціи; но, кромѣ того, нужно принимать во вниманіе, что больная можетъ сама выздоровѣть, и если она пережила первые часы, то приходится оперировать больную въ состояніи острой анэміи и часто безъ надлежащихъ приготовленій и въ неудобномъ для операціи помѣщеніи и безъ возможности необходимой антисептики, такъ что, въ виду всѣхъ этихъ обсто-

---

*) Veit l. c., pag. 63.

ятельствъ, прогнозъ операціи самъ по себѣ плохъ, тогда какъ прогнозъ для трубной беременности остается тѣмъ же и даже улучшается съ каждымъ годомъ, который переживаетъ больная послѣ разрыва. На основаніи этихъ доводовъ Veit полагаетъ, что о лапаротоміи и остановкѣ кровотеченія, серьезно говоря, не можетъ быть и рѣчи. Мнѣ кажется, что Veit слишкомъ оптимистически относится къ разрыву мѣшка. Онъ, какъ мы видѣли, даетъ большой процентъ смертности даже и въ болѣе позднее время, когда больная переноситъ первый шокъ. Наконецъ, были наблюдаемы случаи повторныхъ кровоизліяній, окончившихся смертью. Въ виду этого, уже à priori нельзя, мнѣ кажется, отвергать попытку спасти жизнь больной путемъ хотя бы даже рискованной операціи; но гораздо убѣдительнѣе этого апріористическаго разсужденія говорятъ за эту операцію результаты ея, достигнутые за послѣднее время Lawson Tait'омъ, который въ теченіе 1884 и 1885 годовъ оперировалъ при явленіяхъ разрыва 11 разъ съ однимъ только смертельнымъ исходомъ. Еще одинъ успѣшный случай описанъ Westermark'омъ [392]. Изъ неудачныхъ же, кромѣ вышеупомянутаго случая Veit'a, [376] мнѣ извѣстны еще случаи Martin'a [246] въ 1879 году, Briddon'a [44] въ 1883 и Bozeman'a [39]; случай, упоминаемый Gaillard Thomas'омъ; случай, описанный проф. Горвицомъ, и случай Обалинскаго въ Краковѣ. Всего, слѣдовательно, имѣется 20 случаевъ лапаротоміи при разрывѣ мѣшка внѣматочной беременности, изъ которыхъ 9 окончились смертью.

## Леченіе внѣматочной беременности въ теченіе втораго періода.

Если внѣматочная беременность дошла до конца 4-го мѣсяца и плодъ живъ, то опасность разрыва даже для трубной беременности значительно уменьшается, и терапія при живомъ, но еще нежизнеспособномъ къ внѣутробной жизни плодѣ будетъ одинакова съ терапіей перваго періода. Здѣсь, какъ и тамъ, главное показаніе заключается въ прекращеніи дальнѣйшаго развитія беременности, такъ какъ въ интересахъ матери можно пожертвовать жизнью плода, который, какъ я уже го-

ворилъ, умираетъ весьма скоро послѣ родовъ. Но послѣ 30-й недѣли живой внѣматочный плодъ можетъ считаться уже жизнеспособнымъ, и естественно рождается вопросъ, нельзя ли спасти его и мать одновременно, производя операцію, аналогичную кесарскому сѣченію на живой женщинѣ, такъ называемую первичную лапаротомію и кольпотомію. Эта операція прежде считалась вполнѣ раціональною, и многіе совѣтовали производить ее, какъ, напр., Kivisch[193], Hecker[164], Keller[192] и Depaul[89], основываясь на сопоставленіи произведенныхъ уже подобныхъ операцій. Такъ, Depaul цитируетъ 9 случаевъ лапаротоміи при живомъ плодѣ, спасшихъ 7 дѣтей и 4 матери, и считаетъ этотъ результатъ очень ободряющимъ и говорящимъ за гастротомію для дальнѣйшихъ попытокъ. Кромѣ того, онъ цитируетъ 3 случая кольпотоміи при живомъ плодѣ также довольно успѣшныхъ (Caignon, Norman и Jonking). Parry собралъ 20 случаевъ первичной лапаротоміи, давшихъ 8 живыхъ дѣтей и 6 матерей, на основаніи чего и Parry склоненъ одобрить дальнѣйшія попытки въ этомъ направленіи. Но таблица, приводимая Parry, какъ впервые на то указалъ Litzmann, во многомъ ошибочна: 5 случаевъ нужно совершенно выкинуть, какъ не относящіеся сюда; по статистикѣ же Litzmann'а, относящейся къ 1880 году, на 24 случая первичной операціи жизнь матери спасена только одинъ разъ; изъ 10 извлеченныхъ живыми плодовъ пережили 3-й день только 4 дѣтей. Для матери, слѣдовательно, первичная лапаротомія даетъ почти 100% смертности, что, разумѣется, заставляетъ вполнѣ отвергнуть эту операцію, такъ какъ при выжидательномъ леченіи по Parry смертность для внѣматочной беременности вообще 67%, и даже въ интересахъ плода эта операція имѣетъ очень мало шансовъ на дѣйствительный успѣхъ. Оставляя совершенно въ сторонѣ невѣрныя данныя Keller'а и Parry, я ограничусь пока только результатами, полученными сопоставленіемъ Litzmann'а[224] и прилагаемой здѣсь таблицы болѣе новыхъ случаевъ лапаротоміи: мы имѣемъ 10 случаевъ Litzmann'а, давшихъ 1 только выздоровленіе, и 13 случаевъ, сопоставленныхъ мною (случай Goudell'я можно исключить, такъ какъ извлеченный имъ плодъ 6—7 мѣс. нельзя считать впол-

нѣ жизнеспособнымъ), давшихъ 2 выздоровленія. Слѣдовательно, на 23 раза получено 3 успѣха для матери, что составитъ,—если вообще можно изъ такого небольшаго количества случаевъ выводить проценты,—13°/₀ выздоровленій; но нужно при этомъ принять во вниманіе тѣ неблагопріятныя условія, при которыхъ въ большинствѣ случаевъ пришлось оперировать,—состояніе больныхъ было почти безнадежное, два раза не удалось избѣгнуть раненія послѣда, и, слѣдовательно, процентъ смертности (87°/₀) нельзя вполнѣ отнести къ результатамъ операціи полностью, и можно надѣяться, что, при лучшемъ выборѣ момента операціи, можетъ быть, понизится и смертность послѣ нея. Въ настоящее же время нужно сознаться, что факты не говорятъ въ пользу операціи относительно матери. Что же касается результатовъ этихъ же операцій для плода, то мы получаемъ въ 10 случаяхъ Litzmann'а только 4 плода, пережившихъ 3-ій день. Изъ моихъ же 13 случаевъ о 6 плодахъ сказано, что они вскорѣ послѣ операціи умерли отъ асфиксіи, недостатка развитія и истощенія; изъ остальныхъ же 7 только 2 можно считать дѣйствительно спасенными операціей, о четырехъ же нѣтъ у меня достаточныхъ свѣдѣній, такъ что на 23 случая только 11, и то очень условно, можно считать спасенными путемъ операціи отъ неминуемой смерти. Лапаротомія при живомъ плодѣ пока еще далеко не оправдала возлагавшихся на нее болѣе старыми авторами надеждъ, какъ операціи спасительной для матери и плода. Даже блестящій успѣхъ, достигнутый въ случаѣ проф. Лазаревича, не далъ возможности описавшему этотъ случай доктору Масалитинову [429] высказаться въ пользу примѣненія лапаротоміи при живомъ плодѣ. Онъ говоритъ, что „приступать къ чревосѣченію при живомъ плодѣ слѣдуетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не получается благопріятнаго результата отъ средствъ, направленныхъ къ прекращенію родовой дѣятельности, и гдѣ угрожаетъ возможность перитонита, или гдѣ можно ожидать разрыва околоплоднаго мѣшка. Въ случаѣ достиженія результата отъ указанныхъ выше средствъ, нужно выжидать прекращенія кровообращенія въ сосудахъ послѣда и уже тогда приступать къ чревосѣченію".

Повидимому, гораздо лучшіе разультаты достигаются при леченіи внѣматочной беременности не лапаротоміей, а кольпотоміей. Campell уже указалъ на преимущества кольпотоміи предъ лапаротоміей въ 9 случаяхъ: три матери и ихъ дѣти были спасены, два раза только матери выздоровѣли, одинъ разъ былъ спасенъ ребенокъ, и въ трехъ случаяхъ погибли и матери и дѣти, т. е. 5 матерей и 4 дѣтей обязаны своею жизнью этой операціи. Tanner изъ 10 операцій нашелъ выздоровѣвшими 6 матерей и спасенными 3 дѣтей. Parry собралъ 15 случаевъ кольпотоміи, давшихъ 60% смертности для матерей и только 2 живыхъ плода. Изъ числа этихъ 15 операцій было 10 первичныхъ, т. е. произведенныхъ при живомъ плодѣ. На этомъ основаніи Parry также считаетъ кольпотомію вообще болѣе успѣшною, чѣмъ первичную лапаротомію, которая, по вычисленіямъ Parry,даетъ 70% смертности. Мнѣ извѣстенъ только одинъ новый случай кольпотоміи, произведенной Mathieson'омъ и увѣнчавшійся полнымъ успѣхомъ какъ для матери, такъ и для плода.

Въ случаѣ Gilbert'а[135] пришлось во время безуспѣшныхъ родовыхъ болей при 8-мѣсячной интерстиціальной беременности со стороны полости матки надрѣзать перегородку, отдѣлявшую плодный мѣшокъ отъ полости матки. Послѣ этой операціи черезъ 5 часовъ родился per vias naturales живой 8 мѣс. ребенокъ, умершій затѣмъ черезъ 6 недѣль отъ inanitio. Больная выздоровѣла. Подобную операцію предлагалъ производить уже Parisi и далъ ей названіе hystérotomie interne (см. Keller[192], pag. 37). Сюда же нужно отнести лапаротомію послѣ смерти внѣматочнобеременной, такъ какъ эта операція, аналогичная кесарскому сѣченію на мертвой, производится съ цѣлью спасти ребенка. Эта операція произведена 4 раза: проф. Крассовскимъ *) послѣ разрыва на 9-омъ мѣс. при grav. interstitialis, Сутугинымъ[444] и Laroyenne'омъ[207] при grav. abdominalis и Schoonover'омъ[310] при gr. tubo-abdominalis, но ни одна изъ этихъ операцій не увѣнчалась успѣхомъ.

---

*) Медиц. отчетъ С.П.Б. Родовсп. Завед. за 1873—1876 г. 1880 г., стр. 6.

**Таблица операцій при внѣматочно**

| № | Операторы, авторы и литератури. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжител ность береме ности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Heywood Smith. Trans. Obs. Soc. Lond. Vol. XX (1878). 1879. p. 5. | 42 | — | — | — |
| 2 | Vedeler и Normann. Centralb. f. Gyn. 1881. 1880. p. 244. | 40 | 4 | Перитонитъ отъ разрыва плодн. мѣшка. | 9 мѣсяце |
| 3 | Lawson Tait. Obst. Journ. Gr. Brit. VIII. 1880. p. 577. | 33 | 7 | Ложныя родовыя боли. | 10 мѣся |
| 4 | Reid. Patterson. ibid. 1880. pag. 85. | — | — | Перитонитъ. | 8 мѣсяц |
| 5 | Boyland. Bost. Med. and. Surg. Journ. CII. p. 593. Juny 17. | — | — | Одновременная внѣ-и-внутриматочная беременность. | — |

**…еменности съ живымъ плодомъ.**

| …іагнозъ. …дъ внѣм. …берем. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Результатъ операціи. Мать. | Ребенокъ. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| . tubo-…l. | Лапаротомія. | Част. уд. | Были. | См. | Живъ | Послѣдъ раненъ при операціи. Мать умерла черезъ 22 часа, а ребенокъ черезъ 40 минутъ послѣ операціи. |
| . tubaria …pria. | Лапаротомія. | Остав. | Были. | См. | Живъ | Мать умерла отъ коллапса на слѣдующій день. Ребенокъ былъ въ асфиксіи, оживленъ, сосалъ хорошо, но умеръ на другой день вечеромъ. |
| tubaria …rliga-…nt. | Лапаротомія. | Остав. | Были. | См. | Живъ | Мать умерла вскорѣ послѣ операціи отъ шока. Авторъ приписываетъ плохой исходъ слишкомъ поздней операціи. |
| extra-…r. abd. | Лапаротомія. | — | Были. | См. | Живъ | Мать умерла на 4-й день отъ истощенія. До операціи 28 недѣль страдала перитонитомъ. |
| — | Лапаротомія. | — | — | См. | Живъ | Предъ операціей за 3 недѣли норм. роды, живымъ ребенкомъ. Мать умерла черезъ 4 дня послѣ операціи. |

| № | Операторы, авторы и литератури. указанія. | Возр. больн. | Число берем | Показанія къ операціи. | Продолжительность беремен ности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | Wilson. Amer. Journ. Obst. 1880. p. 821. | 24 | 4 | Одновременная внѣ-и-внутриматочная беременность. | — |
| 7 | Goodel. (Case IX). Amer. Obst. Journ. 1881. Vol. XIV. p. 898. | 41 | Повт. | Перитонитъ. | 6—7 мѣ |
| 8 | A. Martin. Berl. Klin. Wochn. 1881. № 52. | 39 | 3 | Общее истощеніе. | 7 мѣс. |
| 9 | Beisome. Gazetta med. de Forino. 1881. 553. | — | — | — | — |
| 10 | Lange. (Hildebrandt. 1882). Berl. klin. Wochn. 1885. № 29. 1-й случай. | 28 | 7 | Родовыя боли. Сильный перитонитъ. | 9 мѣс. |
| 11 | Lange. (Hildebrandt. 1882). Ibid. 2-й случай. | 26 | 2 | Moribunda. Общій перитонитъ послѣ родовыхъ болей. | 10 мѣс. |

| Діагнозъ. …идъ внѣм. берем. | Операція. | Послѣдъ. | Сращеніе плодн. мѣшка. | Результатъ операціи. Мать. | Результатъ операціи. Ребенокъ. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| r. uterina extraut. r. abd. | Лапаротомія. | Остав. | Были. | См. | Живъ | Нормальные роды не совсѣмъ доношен. ребенкомъ. Мать умерла внезапно черезъ 90 часовъ послѣ операціи. Вскрытіе: перитонита нѣтъ; послѣдъ состоялъ изъ трехъ частей. |
| r. tub. | Лапаротомія. Антисептика. | Остав. | Были. | См. | Живъ | Мать умерла отъ септическаго перитонита на слѣд. день. Плодъ жилъ только нѣск. минутъ. |
| . tub. | Лапаротомія. Частичное удаленіе стѣнки плодн. мѣшка. | Удал. | Были. | Вызд. | Живъ | Плодъ съ encephalocele,дышалъ нѣкоторое время, умеръ вскорѣ. |
| . ovaria. | Лапаротомія. | — | — | См. | Живъ | — |
| . abd. | Лапаротомія. | Остав. | Были. | См. | Живъ | Мать умерла отъ фибринозно-гнойнаго перитонита. Извлеченъ въ асфиксіи, и оживить его не удалось. |
| . tubo-d. | Лапаротомія. Антисептика. | Остав. | Были. | См. | Живъ | Мать умерла отъ гнойнаго перитонита на 10-й день. |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 | Netzel. Centralb. f. Gyn. 1881. p. 349. | — | — | — | 9 мѣс. |
| 13 | Проф. Лазаревичъ. Масалитиновъ.«Врачъ» 1886. №№ 3—6. | 27 | 2 | Боли. Лихорадка. Перитонитъ. | 10 мѣс. |
| 14 | Mathieson. Amer. Obst. Journ. 1884. Vol. XVII. p. 864. | 30 | 6 | Родовыя боли. Явленія внутр. кровотеченія. Угрожающая руптура. | 10 мѣс. |
| 15 | Gilbert. Bost. Med. and Surg. Journ. Vol. 96. 1877. pag. 284. | 37 | 5 | Безуспѣшныя родовыя боли. | Около 8 |

| Діагнозъ. Видъ внѣм. берем. | Операція. | Послѣдъ. | Сращенія плодн. мѣшка. | Результатъ операціи. Мать. | Результатъ операціи. Ребенокъ. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| r. tub.-bd. | Лапаротомія. Полное удаленіе плодн. мѣшка. Ножка вшита въ рану живота. | Удал. | Были. | См. | Живъ | Мать умерла отъ общаго перитонита на 3-й день. Раненіе послѣда при операціи дало сильное кровотеченіе. |
| r. abd. | Лапаротомія. Неудачныя попытки произвести кольпотомію и удалить весь мѣшокъ. Послѣдъ раненъ при операціи. Кровотеченіе. Мѣшокъ и послѣдъ вшиты въ рану. Антисептика. | Остав. | Были. | Вызд. | Живъ | Плодъ — доношенная дѣвочка— родилась въ асфиксіи, оживлена; умерла отъ истощенія черезъ 20 дней. |
| . extra-r. | Kolpotomia безъ анэстезіи. Антисептика. | Удал. | — | Вызд. | Живъ | — |
| . inter-tialis. | Hysterotomia interna. Надрѣзъ боковой стѣнки матки. | — | — | Вызд. | Живъ | Послѣ операціи чрезъ 5 часовъ родился 8-мѣсячн. живой ребенокъ. Черезъ 6 недѣль онъ умеръ отъ inanitio. |

## Оперативное леченіе внѣматочной беременности послѣ смерти плода.

Въ 1859 году, Hecker[164], въ концѣ своей статистической работы о внѣматочной беременности, говоритъ, что въ собранныхъ имъ цифрахъ относительно оперативнаго леченія брюшной беременности (такъ какъ, по его мнѣнію, только о брюшной и можетъ здѣсь быть рѣчь, трубныя же формы не достигаютъ полнаго развитія) не имѣется данныхъ, говорящихъ за это леченіе, и „мое личное убѣжденіе, которое, вѣроятно, раздѣляетъ со мною большинство современныхъ товарищей по спеціальности, заключается въ томъ, что только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ имѣется показаніе къ производству рискованной операціи, которая и въ подобномъ случаѣ только можетъ преслѣдовать цѣль спасенія живаго доношеннаго ребенка, во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ слѣдуетъ поступать только симптоматически,—правда, въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова“.

Приведенное мнѣніе Hecker'a дѣйствительно долго держалось въ наукѣ. Почти тѣми же словами рѣшался вопросъ объ операціяхъ послѣ смерти плода Schröder'омъ[342] въ 1872 году и Depaul'емъ[89] въ 1875 г. Keller[192], однако же, въ 1872 году, допускалъ гастротомію при болѣе расширенныхъ показаніяхъ, требуя выжиданія только до времени образованія сращеній плоднаго мѣшка со стѣнкой живота. Parry[294], въ 1876 году, не смотря на то, что по его же вычисленіямъ вторичныя операціи (послѣ смерти плода) понизили % смертности при внѣматочной беременности на 13,77%, допускаетъ оперативное вмѣшательство только въ крайности и послѣ, по возможности, продолжительнаго выжиданія. Gusserow[146], въ 1877 году, высказался опредѣленно относительно времени производства лапаротоміи послѣ смерти плода: если ребенокъ умеръ, то нужно дѣлать по возможности скорѣе лапаротомію чтобы предупредить наступленіе (ложныхъ) родовъ, которые наступаютъ почти обыкновенно черезъ нѣсколько дней послѣ

смерти плода. Во время родовыхъ болей оперировать можно только въ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ жизни больной угрожаетъ опасность, такъ какъ прогнозъ подобной операціи плохъ. Если же эти бурныя явленія прошли, то, во всякомъ случаѣ, дальнѣйшее леченіе должно зависѣть отъ состоянія больной: если силы и общее состояніе больной хороши, то можно ждать образованія литопедіона или произвольной элиминаціи. Если же состояніе больной плохо, силы падаютъ и есть лихорадка, то чревосѣченіе представляетъ единственную возможность спасти жизнь больной. Предоставляя будущему подтвержденіе цѣлесообразности этихъ показаній производства операціи, Gusserow заканчиваетъ свое изложеніе слѣдующими словами: „если же вообще будутъ оперировать только въ крайнихъ случаяхъ и только послѣ смерти плода, то мы никогда не будемъ въ состояніи составить себѣ правильнаго убѣжденія о леченіи этого опаснаго страданія“.

Ernst Fränkel [117], въ 1879 году, примѣнилъ мнѣнія Gusserow'а, высказанныя для брюшной беременности, къ леченію доношенныхъ формъ трубной беременности и, вмѣстѣ съ Cohnstein'омъ [71] (1877), указалъ на преимущества элитротоміи въ нѣкоторыхъ удобныхъ случаяхъ. Eugen Fränkel [116], Hofmeier [176], Deschamps [90] сходятся съ вышеприведеннымъ мнѣніемъ Gusserow'а относительно показаній для вторичной лапаротоміи. Litzmann [224] значительно расширилъ показанія производства лапаротоміи послѣ смерти плода. Онъ находитъ необходимымъ выждать только облитераціи плацентарныхъ сосудовъ (самое большое 5—6 мѣсяцевъ послѣ смерти плода) и дальше этого срока не совѣтуетъ ждать, тѣмъ менѣе, чѣмъ благопріятнѣе общее состояніе больной, такъ какъ при этомъ условіи мы имѣемъ гораздо больше шансовъ безъ вреда для больной освободить ее отъ обузы, которая всегда угрожаетъ опасностью для больной. Со времени этой классической статьи Litzmann'а [224], основанной на тщательной критической оцѣнкѣ произведенныхъ до 1880 года лапаротомій при внѣматочной беременности, большинство авторовъ стало высказываться за болѣе широкое примѣненіе оперативнаго леченія

послѣ смерти внѣматочнаго плода. Этому, правда, способствовали также успѣхи, достигнутые оперативною гинекологіей вообще, на которые, какъ на доводъ къ производству лапаротоміи, указывалъ уже Keller [192] въ 1872 году и затѣмъ Sachs [333] въ 1881 году. Послѣдній авторъ, доказавъ обычное послѣдовательное нагноеніе литопэдіоновъ, считаетъ лапаротомію послѣ смерти плода показанною въ каждомъ данномъ случаѣ. Болѣе осторожно выражались о показаніяхъ этой операціи Lusk [232] въ 1881 году, Martin [247] въ 1881 году, Gaillard Thomas [126] въ 1882 году и, главнымъ образомъ, Bandl [11] въ 1882 году, заключившій, на основаніи старыхъ статистическихъ изслѣдованій нормальныхъ исходовъ, что больше наблюдается естественныхъ исцѣленій, чѣмъ выздоровленій, достигнутыхъ путемъ операціи. Во второй своей работѣ по этому же вопросу, въ 1881 году, Litzmann [225] опредѣленнѣе установилъ показанія къ лапаротоміи и, на основаніи произведенной имъ въ одномъ случаѣ полной экстирпаціи плоднаго мѣшка, допускаетъ этотъ методъ операціи для трубной и яичниковой беременности. Большинство новѣйшихъ авторовъ высказывается за примѣненіе лапаротоміи даже при хорошемъ общемъ состояніи больной (Charpentier *), Werth [391], Schröder [342], Bandl [12], Lawson Tait [213], Сутугинъ [445], проф. Славянскій [440] и др.); но относительно отдѣльныхъ вопросовъ, касающихся производства операціи, въ мнѣніяхъ авторовъ пока еще существуютъ разногласія. Выборъ метода операціи не можетъ быть произвольнымъ, а приходится руководствоваться индивидуальными условіями каждаго даннаго случая. Обыкновенно приходится выбирать между лапаротоміей и кольпотоміей. Cohnstein [72], Ernst Fränkel [116] и Kaltenbach [191], главнымъ образомъ, указали на преимущества кольпотоміи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ: 1) плодъ доступнѣе со стороны влагалища; 2) послѣдъ помѣщается на передней брюшной стѣнкѣ и потому при производствѣ чревосѣченія можетъ быть пораненъ; 3) когда мѣшокъ помѣщается интерлигаментарно.

*) Charpentier. Traité prat. des accouchem. 1883. Vol. I.

Cohnstein полагаетъ, что эта операція благопріятнѣе для матери, лапаротомія же—для плода.

Относительно производства лапаротоміи главные вопросы касаются полнаго или неполнаго удаленія плоднаго мѣшка, послѣда, сращеній плода съ мѣшкомъ и этого послѣдняго съ окружающими органами брюшной полости. Большинствомъ авторовъ принято за правило—оставлять in situ послѣдъ, если онъ произвольно не отдѣлился, во избѣжаніе опаснаго кровотеченія при недостаточномъ тромбозѣ пляцентарныхъ сосудовъ; но такъ какъ оставленный послѣдъ можетъ, разлагаясь, вызвать септическое зараженіе больной послѣ операціи, то изыскивались методы безкровнаго удаленія, и Martin [247] для этой цѣли предложилъ и выполнилъ обкалываніе мѣста прикрѣпленія послѣда. Относительно возможности удаленія всего плоднаго мѣшка мнѣнія авторовъ расходятся: Litzmann считаетъ его невозможнымъ при брюшной беременности и вообще при большихъ сращеніяхъ плоднаго мѣшка, но Кузнецкій, Сутугинъ и др. считаютъ этотъ методъ заслуживающимъ бо̀льшаго примѣненія, чѣмъ въ настоящее время. При существующихъ сращеніяхъ плоднаго мѣшка съ плодомъ принято въ настоящее время по возможности избѣгать раненія органовъ матери (проф. Славянскій); другіе же авторы, какъ, напр., Gaillard Thomas[125], совѣтуютъ оперировать раньше, т. е. до образованія этихъ сращеній, а болѣе старые операторы насильственно удаляли приращенныя части плода. Одна изъ главныхъ заботъ оператора направлена, кромѣ устраненія опасности самой операціи, также на предупрежденіе септическаго зараженія послѣ операціи. Эта цѣль достигается примѣненіемъ строгой антисептики; но, кромѣ того, въ видахъ достиженія этой же цѣли предлагаютъ: 1) выждать образованія сращеній плоднаго мѣшка на мѣстѣ раны, чтобы предупредить загрязненіе полости брюшины и развитіе септическаго перитонита; 2) вызвать искусственно образованіе этихъ сращеній, производя лапаротомію при помощи каустическаго средства въ нѣсколько пріемовъ (Depaul и др.), или предварительнымъ пришиваніемъ мѣшка (Landau); 3) удаленіе всего разложившагося со-

держимаго мѣшка; но такъ какъ послѣдъ обыкновенно приходится оставлять, то старались 4) умѣрить разложеніе его антисептическими присыпаніями, тампонаціей, и въ самое послѣднее время Kaltenbach[144] пробовалъ обеззаразить послѣдъ путемъ инъекціи его сосудовъ іодоформной эмульсіей, 5) путемъ обширнаго дренажированія дать свободный стокъ содержимому мѣшка 6) зашиваніемъ раны мѣшка послѣ частичнаго удаленія его стѣнки (Martin[247]).

Цѣлесообразность всѣхъ этихъ различныхъ методовъ и модификацій техники операцій при внѣматочной беременности требуетъ дальнѣйшей провѣрки на основаніи бóльшаго числа случаевъ. Вообще, вся оперативная часть леченія внѣматочной беременности, составляющая пріобрѣтеніе сравнительно недавняго времени, кромѣ вышеприведенныхъ, представляетъ массу стоящихъ на очереди вопросовъ, вѣрный путь рѣшенія которыхъ заключается въ изученіи отдѣльныхъ фактовъ, добытыхъ на практикѣ на основаніи казуистики произведенныхъ операцій.

Казуистика же оперативнаго леченія внѣматочной беременности съ каждымъ годомъ быстро увеличивается, и если Litzmann, при составленіи своей работы о показаніяхъ къ лапаротоміи, могъ, въ 1880 г., располагать только 33 случаями лапаротомій послѣ смерти плода,—за послѣднее время, кромѣ уже разобранныхъ Litzmann'омъ случаевъ, мнѣ удалось собрать въ литературѣ 68 случаевъ неполныхъ и полныхъ келифотомій, кромѣ того 30 случаевъ операцій при начавшейся уже элиминаціи плода, которыя Litzmann[224], Gusserow[143], Сутугинъ[445] и др. считаютъ необходимымъ строго отличать отъ лапаротомій при ненарушенной цѣлости плоднаго мѣшка. Всего, слѣдовательно, я располагаю 98 случаями, леченными путемъ лапаротоміи. Затѣмъ еще имѣется въ приведенной мною таблицѣ 11 случаевъ кольпотоміи и 14 операцій удаленія частей плода черезъ задній проходъ (rectoextractio) и влагалище (vaginoextractio). Обращаюсь къ болѣе подробному разсмотрѣнію этихъ 123 случаевъ оперативнаго леченія внѣматочной беременности послѣ смерти плода.

## ТАБЛИЦА ОПЕРАЦІЙ

## ПРИ ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

## ПОСЛѢ СМЕРТИ ПЛОДА.

**Таблица операцій при внѣматочн**

| № | Операторы, авторы и литератури. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беремен ности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Braithwaite. Brit. med. Journ. 1884. I. 223. 1-ый случай. | | 3 | Общее изнуреніе. | |
| 2 | Braithwaite. ibidem. 2-ой случай. | 35 | 1 | Изнуреніе сильное. | |
| 3 | J. Braxton Hicks. Transact. Ob. Soc. London. Vol. XXII. 1880. | 29 | | Внутр. кровотеченіе, лихорадка. Перитонитъ. | 7 мѣсяцевъ. Плодъ 6-мѣсячный. |
| 4 | Brendel. Centralbl. f. Gyn. 1883. p. 649. | 32 | 3 | Истощеніе. Лихорадка. | Плодъ почт доношенъ. |
| 5 | Byford. Annal. de Gynécol. 1878. XII. p. 30. | 36 | 3 | Перитонитъ травматическій. | Больше 3 лѣтъ. |
| 6 | Caraman. Lyon Médical. 1882. Vol. 40, p. 344. | 23 | | Одновременно внѣ и внутри мат. беременн. 7 мѣсяцевъ. | 6 лѣтъ. |
| 7 | Creus y I. Mauso. Gaz. med. italiana. № 28. 1879. | | | | |

## ременности послѣ смерти плода.

| іагнозъ: a) ) опер.; b) эслѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Gr. ex- aut. b) r. tubaria itraliga- ientaris. | Лапаротомія. Дренажъ. | Ост. | — | Выздор. | Не смотря на разложеніе и омертвѣніе плоднаго мѣшка, у больной до операціи не было ни перитонита, ни септицеміи. |
| . extraut. ).съ исхо- ъ въ gr. lom. se- idaria. | Лапаротомія. Крестообразный разрѣзъ; раненіе послѣда. Дренажъ. | Ост. | — | Выздор. | Послѣдъ отдѣлился черезъ 6 недѣль и вѣсилъ 13 унцій. |
| рюшная ремен- ость. | Лапаротомія; послѣдъ попалъ въ разрѣзъ: сильное кровотеченіе. | Ост. | — | Смерть отъ внут. кровотеченія изъ мѣста прик. последа. | |
| Retro- rsio ute- gravidi. Grav. b. | Лапаротомія. | Отдѣл. при слабомъ кровотечен. | — | Выздор. почти черезъ годъ. | Послѣ операціи перитонеальные абсцессы: тромбозъ venae femor. sin.; ограниченная пнеймонія. |
| av. ab- m. | Лапаротомія. | Ост. | — | Смерть на третій день отъ коллапса. | Плодъ неразложившійся. |
| | Вскрытіе брюшной полости при помощи каустическаго средства. | — | — | Выздор. | Внѣматочный плодъ разложившійся. Послѣ операціи норм. роды; ребенокъ жилъ только нѣсколько часовъ. |
| | Лапаротомія. | — | — | Выздор. | |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 | Dunnett Spanton. Brit. Med. Journ. 1884. Vol. I, p. 14 и 53. | 26 | | | Около 2 лѣ… Плодъ по… зрѣлый. |
| 9 | Eastley. 1876. Edinb. Med. Journ. Vol. 22. Part I 1876, p. 462. | 33 | 4 | Истощеніе, боли. | 24 м. |
| 10 | Freund. Edinb. Med. Journ. 1883. XXIX. Part I, p. 403. B. Case III. | 24 | 1 | Истощеніе, боли, лихорадка. | 1 годъ; пл… доношен… |
| 11 | Fritsch. Heineken. Ueber Extrauterin Schwangerschaften. Diss. Halle. 1881. | 38 | 1 | Лихорадка и боли. | 12 м.; пл… ношенъ. |
| 12 | Frommel. Deutsch. Med. Woch. 1884. № 7, p. 108. | 32 | 2 | Значительная лихорадка. | 4 мѣс… Плодъ у… на 4-мъ… сяцѣ. |
| 13 | Galabin. Transact. Obs. Soc. of. London. Vol. XXIII (1881) 1882, p. 141. | 36 | 3 | Боли. Явленія разрыва кисты или внѣм. берем. (Lapar. explorativa); комбин. внѣ и внутри мат. берем. | 18 мѣс. |

| Діагнозъ: a) до опер.; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Діагнозъ сомнительный (пробный разрѣзъ). b) Gr. interstit. | Лапаротомія. Дренажъ. | | Сплошное. | Выздор. | Можетъ быть, была до операціи перфорація толстой кишки. Черезъ шесть недѣль послѣ операціи изъ мѣшка извлечены кости, остававшіяся въ стѣнкѣ мѣшка. |
| | Laparokelyphotomia. | Атроф. | Есть. | Выздор. | Обширныя срощенія стѣнокъ мѣшка съ поверхностью плода, котор. извлеченъ по частямъ при операціи. |
| Яичниковая беременность. | Лапаротомія. Антисептика. Дренажъ. | Остав. | Не вездѣ. | Выздор. | Плодъ женск. 1800 grm. 40 ctm. длины извлеченъ по частямъ. |
| a) Gravid. extraut. b) Gravid. ovarial. abdomin. sec. | Лапаротомія безъ антисептики. Попытки отдѣлить послѣдъ дали сильное кровотеченіе. | Остав. | Значит. | Смерть на 3-й день отъ перитонита. | |
| a) Gr. extraut. въ началѣ 4 мѣсяца. b) Gr. tub. dex. (?) interligament. | Лапаротомія, раненіе послѣда. Сильное кровотеченіе остановлено обкалываніемъ. Дренажъ per vaginam. | Остав. | | Выздор. (?). | Послѣдъ на передней стѣнкѣ. |
| a) Разрывъ кисты или внѣмат. берем. (?) b) Gr. extuter. cum grav. normali. | Лапаротомія. Дренажъ. Послѣдъ—на берем. маткѣ; кровь въ мѣшкѣ. | Остав. | Есть. | Смерть черезъ 4 дня послѣ родовъ отъ вн. кровот. | Авторъ объясняетъ смерть кровотеченіемъ изъ мѣста прикрѣп. послѣда на сократившейся послѣ родовъ маткѣ. |

| № | Операторы, авторы и литератури. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | Goodell. Amer. Obst. Journ. 1880. Vol. XIV, p. 128—135. | 31 | — | Общее истощеніе. Разложеніе содержимаго мѣшка. | Больше 2-х лѣтъ. Плод зрѣлый. |
| 15 | Goodell. New.-York. Med. Record. 1882. Transact. Gyn. Soc. Amer. Vol. VII. | — | — | Быстрое истощеніе. | |
| 16 | Gusserow. 1881. Hugo Klau. Ueber die Therapie bei Extraut. schw. Diss. 1881. S. 17. Charité-Annalen VII, p. 668. 1882. | 34 | — | Боли и кровотеченія изъ матки. | 10 мѣс. Пло умеръ недав |
| 17 | Gusserow. Rosenthal. Charité-Annalen. IX. 1884. S. 349. | 30 | 2 | Ознобы. Сильная лихорадка. Нагноеніе плоднаго мѣшка. | 1 мѣс. по срока. Смер плода въ сро |
| 18 | Herff. New-Orl. Med. and Surg. Journ. N. S. VIII. 147. 1880. | — | — | | |

| ...іагнозъ: а) ...о опер.; b) ...ослѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| а) Діаг-...озъ до ...пераціи ...мнитель-...ый. ...aparoto-...ia explo-...tiva). ...Gr. ova-...l. | Лапаротомія. Неудачная попытка полн. удаленія мѣшка. Антисептика. | Не найденъ. | Есть. | См. на 7 день. | При операціи сильное кровотеченіе и раненіе толстой кишки. |
| | Лапаротомія. | Удал. легко. | | См. отъ Брайтовой болѣзни черезъ 2 недѣли. | |
| Беремен-...ть въ ...идаточн. ...ѣ (шумъ ...сократи-...льность ...ика). ...) Gravi-...perito-...lis при ...рытіи. | Лапаротомія. Попытки выдѣлить весь мѣшокъ; затѣмъ края мѣшка пришиты къ брюшной ранѣ. Сильное кровотеченіе. | Остав. | Значит. | Смерть на 2-й день отъ септ. общаго перитонита и воспаленія легкаго. | |
| Gr. ex-...ut. ...r. tubo-...l. | Антисептика. Лапаротомія. | Остав. | Съ перед. брюш. ст. не было. | Выздор. | Длина ребенка 51 ctm. |
| | Лапаротомія. | | | Выздор. | |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжитель-ность береме-ности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 19 | Howitz. Virchow и Hirsch. Jahresber. 1882. p. 542. Bd. II. | 26 | 1 | Явленія перитонита на 7 мѣсяцѣ. | 11 мѣс. Пло-доношенъ. |
| 20 | Kaltenbach. Gottschalk. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 22. | 33 | 1 | Лихорадка, боли. Разложеніе содержимаго мѣшка. | 9 мѣс. Сме[рть] плода на 7 мѣс. |
| 21 | Kirkley. Amer. Journ. of. Obst. 1885. Vol. XVIII. Febr., p. 160—162. | 48 | 5 | Страданія. Внѣм. берем. | 9 мѣс. Сме[рть] плода на 5 мѣс. |
| 22 | Красовскій. Смоленскій. Отч. Спб. Род. Зав. Имп. Маріи. 1883, ст. 270. | 27 | 2 | Послѣ нормальной беременности воспаленіе въ животѣ. Ascites. | Около 2 л[ѣтъ]. Плодъ до[ношенъ]. |
| 23 | Лазаревичъ. Курсъ акушерства. 1879, ст. 399. «Врачъ» 1886, № 6, статья Масалитинова. | — | — | — | Берем. д[он]ошенная. |
| 24 | Landau. Arch. f. Gyn. Bd. XVI, p. 436. | 37 | 2 | Истощеніе. Лихорадка. | 12 мѣс. П[лодъ] умеръ за [нед]ѣлю до [опе]раціи. |

| …агнозъ: a) …опер.; b) …слѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| …rav. ab-…m. se-…nd. | Лапаротомія. Послѣдъ удаленъ безъ знач. кровотеченія. | Удал. | Есть. | Выздор. | — |
| …r. abd. | Антисептика. Лапаротомія. Плодъ извлеченъ по частямъ. | Остав. | Сплошныя съ перед. брюш. стѣнкой. | Выздор. медлен. | Попытка инъекціи сосудовъ пуповины и послѣда іодоформною эмульсіей не удалась. |
| …) Gr. ex-…ant. …Gr. tub. …ptura. Gr. …d. secund. | Лапаротомія. Случайный разрывъ послѣда, сильное артер. кровотеченіе. Лигатура послѣда. Полость брюшины промыта, и рана зашита. | Удал. | Плодъ срощенъ съ брюш. органами. | Смерть черезъ 4 часа послѣ операціи. | Срощенія плода съ кишками и сальникомъ. При отдѣленіи ихъ ранена кишка. |
| …) Діаг-…озъ сом-…тельный. …) Gr. ex-…nt. (abd?) | Лапаротомія. На срощ. наложено 7 лигатуръ. | — | Значит. | Смерть отъ перитонита на 3 сутки. | — |
| …) Gr. tub. | Лапаротомія. | — | — | Смерть. | — |
| …r. ex-…rant. | Антисептика. Лапаротомія: рана зашита и дренажъ. | Остав. | Нѣтъ. | Смерть на 38 день. | При вскрытіи: Laparotomia partim sanata. Peritonitis circumsc. Pleuritis purulenta. |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 25 | Landau. Berl. Klin. Wochenschr. 1884, № 14, p. 219. Deutsch. Med. Wochen. 1884, № 12. | 28 | 1 | Страданія больной. | Больше 2 лѣтъ. Плодъ умеръ на 7-мъ мѣсяцѣ. |
| 26 | Lawson Tait. Obst. Journ. of. Gr. Brit. and Irel. Vol. VIII 1880 г., стр. 202. | 30 | — | Истощеніе, малокровіе. | Плодъ старш 3-хъ мѣс. |
| 27 | Lawson Tait. Lancet 1880, p. 456. | 40 | 6 | Боли въ животѣ. | 8 мѣс. |
| 28 | Lorentzen. Centralbl. f. Gyn. 1881, № 24, p. 592. | 34 | 4 | Перитонитъ. Боли. | Около 13 мѣс. Плодъ доношен. |
| 29 | Lucas Championnière, Gaz. des. Hôpit. 1884 № 5. Comptes rand. de l'Acad. des Scienc. Paris. Vol. 98. 1884, p. 57. Bull. de Chirurgie 1884, p. 24. Случай I-й. | 31 | — | Гектическая лихорадка. | 15 мѣс. Ребенокъ жилъ до срока. |
| 30 | Lucas Championnière. Ibidem. Случай II-ой. | — | — | Гектическая лихорадка. | 26 мѣс. |
| 31 | Lusk. New-York Med. Rec. 1884, p. 362. | — | — | — | — |

| ʼiагнозъ; а) о опер.: b) ослѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздорденіе. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| ʼrav. extrauterina. | Лапаротомія съ предварительнымъ пришиваніемъ мѣшка по способу Landau. | — | — | Вызд. (?) | Авторъ не сомнѣвается, что исходъ будетъ хорошій. |
| ) Haemoɔcele. b) Gr. ʼxtraut. | Антисептика. Лапаротомія въ 2 пріема. | Остав. | — | Выздор. | Кровоизліяніе на мѣстѣ отдѣлившагося послѣда, сидящаго на передней брюшной стѣнкѣ. Плодъ мацерированный. |
| rav. intеrligaɔentaris. | Лапаротомія. | Остав. | Есть. | Выздор. | Послѣдъ отдѣлился черезъ три недѣли. |
| ravid. extraut. | Лапаротомія; послѣдъ разрѣзанъ безъ кровотеченія. | Остав. | Есть. | Выздор. | |
| r. abd. | Лапаротомія. | — | — | Выздор. | Ребенокъ вѣсомъ 1800 grm., длина 44 ctm. Въ плодномъ мѣшкѣ около 6 литровъ гнилостнаго гноя. |
| r. abd. | Лапаротомія. | — | — | Выздор. | Ребенокъ, приблизит. 38 ctm. длины, приращенъ къ стѣнкамъ мѣшка, извлеченъ по частямъ; приращенныя части элиминированы впослѣдствіи. |
| Pyosalɔx. Gr. tuboarialis. | Лапаротомія. | — | Сплошныя. | Выздор. | Плодъ не найденъ. |

| № | Операторы, авторы и литератури. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 32 | Martini. Fränkel. Arch. f. Gyn. Bd. XVI, p. 229. | 32 | 3 | Боли живота, исхуданіе, нагноеніе мѣшка, лихорадка. | 9 мѣс. Плод умеръ на VIII мѣс. |
| 33 | Meadows. Transact. Obst. Soc. Lond. Vol. XXV. 1884, p. 232. | — | — | Общее разстройство вслѣдствіе нагноенія въ плодномъ мѣшкѣ. | 15 мѣс. Пло 7 мѣс. |
| 34 | Negri. Centralbl. f. Gyn. 1885, № 31. | 28 | 3 | | Около 15 мѣ Плодъ умер на 7 мѣс. |
| 35 | Montrose A. Pallen. Amer. Journ. of. Obst. 1880, p. 502. Vol. XIII. | 23 | 3 | Боли. Упадокъ силъ. (Повторныя попытки вправленія матки вслѣдствіе неправильнаго діагноза). | 7 мѣс. Смер плода на V мѣс. |
| 36 | Porro. Nicolini. Ann. Univ. di Med. e Chir. Vol. 259. 1882, p. 193. | 26 | 3 | Перитонитъ. Общая слабость. | 13 мѣс. Пл 9 мѣс. |
| 37 | Porro. Cattani. Annali Universali. Vol. 267. 1884, p. 153. | 30 | 2 | — | Почти 11 м Смерть пло въ срокъ. |

| …агнозъ: a) …опер.; b) …слѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| Grav. …xtraut. Grav. …bo-abd. …ne tubo-…ar. | Антисептика. Лапаротомія. | Не найденъ. | Есть. | Смерть на 5-й день. | При вскрытіи найдено: Stenosis ost. ven. sin. Endocarditis mitralis. Hypostasis pulmonum. |
| …r. abd. | Лапаротомія. | — | — | Выздор. | — |
| | Лапаротомія. Срощенія плода легко отдѣлены. Кровотеченіе ост. легко. Послѣ очистки мѣшка рана совершенно зашита. | Остав. | Съ брюшн. стѣнкой. | Выздор. | Плодъ вѣс. 1000 grm., длина 33 ctm, сухой, очень твердый, срощенъ съ мѣшкомъ и кишками. Послѣдъ остался и образовалъ впослѣдствіи подвижную безболѣзненную опухоль. |
| …) Retro-…sio uteri …vidi. …) Gr. abd. | Лапаротомія. Разрѣзъ прошелъ черезъ послѣдъ. Сильное кровотеченіе остановлено швами. | Удал. | — | См. черезъ 15½ часовъ послѣ операціи отъ коллапса. | — |
| …) Gr. ex-…it. …) Grav. …ar. ab-…n. sec. | Лапаротомія. Попытки вынуть мѣшокъ. | Остав. | Есть значит. | Смерть на 28 день отъ гнойнаго перитонита. | — |
| …Gr. ex-…t. …Gr. ab-… | Лапаротомія. Дренажъ. Антисептика. | Остав. | Есть. | Выздор. черезъ 2 мѣс. | — |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 38 | Th. Savage. Brit. Med. Journ. 1885. jan., p. 218. Case I. | — | — | Общее изнуреніе. | 2 мѣс. посл срока. |
| 39 | Savage. Brit. Med. Journ. 1884. I, p. 453—455. | — | — | — | 6 недѣль п слѣ срока. |
| 40 | Schröder. Müller случай III. Charité Annalen II. 1877. | 31 | 2 | Нагноеніе плод. мѣшка. Перитонитъ. | 11 мѣс. Плод почти дон шенъ. |
| 41 | Schröder. Sachs. Ueber die Ind. Zur Laparot. Dissert. Berlin. 1881, p. 10. | 23 | 12 | Никакихъ страданій послѣ смерти плода. | 16 мѣс. Пло 8-ми мѣс. |
| 42 | Schröder. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 24, S. 377. Второй случай. | — | — | — | — |
| 43 | Schröder. Hofmeier. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1886. Band. XII, pag. 192. | 45 | 2 | Перитонитъ. | 1 годъ. |

| ...гнозъ: a) ...опер.; b) ...лѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| — | Лапаротомія. Дренажъ. | — | Не было съ пер. брюшн. стѣнкой. | Выздор. | — |
| — | Лапаротомія. | Остав. | Есть. | Выздор. | Ухудшеніе состоянія на 22-й день послѣ операціи было устранено извлеченіемъ разлагающихся частей послѣда. |
| ... abd. | Лапаротомія. Неудачная попытка полнаго удаленія мѣшка. | Остав. | Есть. | Смерть черезъ нѣск. минутъ. | При попыткахъ извлеченія мѣшка надрывъ кишки и стѣнки мѣшка. Голова плода приращена къ мѣшку. Послѣдъ увеличенъ отъ кровоизліяній. |
| ...cav. tu- ...ia | Лапаротомія. Дренажъ черезъ cav. Douglas. vaginam и черезъ брюш. рану. | Ост. | Съ брюшн. стѣнкой. | Выздор. | |
| ...іагнозъ ...м. бер. ...ко было ...тавить. ...гаментъ ...трескъ ...овки въ ...равомъ ...дѣ вла... ...лища. | Мѣшокъ соединительнотканный предварительно приш. къ стѣнкамъ. Разрѣзъ черезъ послѣдъ. Дренажъ черезъ задн. сводъ. | Остав. | — | Вызд. | Ноги плода срощены были со стѣнкой мѣшка. |
| ...м. бе- ...і. ...ошеніе ...холи къ ...кѣ какъ ...ерлига- ...тарная ...ухоль ...чника. | Лапаротомія. При попыткѣ отдѣленія срощеній разрывъ плод. пузыря. Плодъ извлеченъ. Chorion удаленъ. Мѣшокъ пришитъ. Дренажъ. | Ост. | Сплошныя. | Вызд. (?) | Плодъ мацерированный. Надъ опухолью проходила поперекъ фиксированная петля кишки. |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 44 | Проф. Славянскій. Русск. Медицина 1884, №№ 41—43. | 33 | 2 | Нагноеніе плоднаго мѣшка. | 14 мѣс. Смерть плода до срока недѣли за три. |
| 45 | Southal. Annal. de Gynéc. Vol. XII, p. 33. | 30 | 6 | Перитонитъ. | 26 мѣс. Плодъ умерт въ срокъ. |
| 46 | Vulliet. Arch. f. Gyn. Bd. 22. 1884, S. 428. | 30 | 2 | Септическая инфекція. | Вскорѣ послѣ срока. |
| 47 | Wallace. Liverpool M. Chir. J. 1882. II. 261—264. | — | — | — | — |
| 48 | Gaillard Thomas. Ward. New-York Med. Record. 1884, p. 362. Centralb. f. Gyn. 1885, № 3. | — | — | — | — |
| 49 | Wasseige. Nouvelles Archiv. d'Obst. et de Gyn. Repertoir universel №№ 1-2, p. 28. 1886. | 20 | Multipara. | Плохое состояніе здоровья. (Пробная лапаротомія). | Послѣ ср[illegible] и смерти пло[illegible] |

| ...агнозъ: a) ...опер.; b) ...лѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| ...r. extra-...r. tuba-... | Антисептика. Laparokelyphotomia. | Не найденъ. | Сплошныя. | Вызд. | Плодъ прирощенъ къ стѣнкамъ мѣшка, извлеченъ по частямъ. |
| abd. | Антисептика. Дренажъ. | — | — | Вызд. | Плодъ плотно срощенъ со стѣнк. мѣшка, извлеченъ по частямъ. |
| Діагнозъ ...лъ сом...тельный ...операціи ...r. tubo-...arialis. | Антисептика. Punctio. Пробовали произвести Elytrotomiam. Лапаротомія. | Удал. сколько можно. | Есть вездѣ. | Смерть на слѣдующій день отъ peritonitis septica. | Ребенокъ длин. 37 ctm. Септическое зараженіе вслѣдствіе нагноенія плод. мѣшка существовало уже до операціи. |
| ... abd. | — | — | — | Вызд. | |
| extraut. | Лапаротомія Дренажъ. | Удал. не вполнѣ. | — | Вызд. | Ребенокъ вѣсилъ 9 фунтовъ. |
| Діагнозъ ...нитель-...і. | Лапаротомія. Извлечены гнилой плодъ и отдѣлившіяся части послѣда. Полная антисептика. | Частично удаленъ. | — | Смерть на 20 день отъ внутрен. кровотеченія. | |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 50 | I. R. Weist. Rutledge. Amer. Jour. of. Obst. Vol. XVIII. Nov. 1885, p. 1137—1145. | 20 | Multipara. | Внѣм. берем. вскорѣ послѣ ложныхъ родовъ. | Около 10 мѣс. Смерть плода въ срокъ. |
| 51 | Freund. Edinb. med. journ. 1883. Vol. 29, part. I, p. 247. Case V. B. | 24 | 1 | Гнилостное распаденіе плоднаго мѣшка, септическое зараженіе и пораженіе легкихъ. Послѣдъ укрѣпл.на толстой кишкѣ. | 5 мѣс. Плодъ 12 ctm. длин. |
| 52 | Möricke. Zeitsch. f. Geb. u Gyn. VII. 1882, S. 229. | 37 | 2 | Лихорадка. | — |
| 53 | Backer-Brown. 1866. Bull. Therapeut. 1866. 26 Février. Triadou des gross. extr. Thése. 1866, p. 115. | 48 | — | Предполагали имѣть дѣло съ кистой яичника, осложн. асцитомъ. | — |
| 54 | A. Martin. Zeitsch. f. Gyn. u Geb. Bd. III. 1878, p. 3. | 37 | 2 | Подвижная опухоль полости живота. Боли. | Нѣсколько лѣтъ (5—7). |

| Діагнозъ: a) до опер.; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| Gr. extraut. | Лапаротомія. Дренажъ мѣшка. | Остав. | — | Вызд. | Послѣ операціи сильныя кровотеченія изъ раны и сепсисъ. (Послѣдъ былъ очень широкій.) |
| Gr. abd. | Лапаротомія. Разрѣзъ кнаружи отъ m. rec. abd. sin. Опорожненіе и (частичное) удаленіе мѣшка. | Удал. | Срощ. значит. | Смерть отъ перитонита. | Плодъ прирощенъ къ мѣшку. |
| — | Лапаротомія. Было кровотеченіе при удаленіи плод. мѣш. | Находился въ Дугласов. пространствѣ. | — | Вызд. | |
| До операціи: киста яичника. Послѣ операціи: плодн. мѣшокъ. | Лапаротомія. Разрушеніе срощеній каутеромъ. Punctio опухоли. Наложеніе клампа на ножку опухоли. | — | Срощенія были. | Вызд. | Яичникъ и матка не находились въ связи съ опухолью. Срощенія мѣшка съ epiploon справа. |
| До операціи: объизвествившаяся дермоидная киста. Послѣ операціи: lithopaedion. | Лапаротомія съ полною экстирпаціей опухоли. Основаніе опухоли перевязано и оставлено in situ. | — | Срощенія съ сальникомъ. 3 лигатуры. | Вызд. | Опухоль, содержавшая lithopaedion, сидѣла на широкомъ основаніи (не имѣя собственно ножки) на поясничныхъ мышцахъ правой стороны. Опухоль вѣс. 220 grm. вел. съ кулакъ мужч. |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 55 | Billroth. 1880. Welponer u Zillner. Arch. f. Gyn. Bd. XIX. 1882. Anzeiger. d. K. K. Ges. d. Ärzte in Wien 1880, № 16. | 34 | 2 | Перитонитъ. | 3 года. Плодъ доношенъ. |
| 56 | Litzmann. Arch. f. Gyn. 1881. Bd. XVIII. S. 1—13. Werth. ibid. S. 14. | 35 | 1 | Опухоль болѣзненна. Общее состояніе хорошо. | 9 мѣс. послѣ смерти доношенный плодъ. |
| 57 | Knowsley-Thornton. 1882. Transact. obs. soc. Lond. Vol. XXIV, p. 51—81. | 28 | 2 | Боли, исхуданіе (пробный разрѣзъ). | Около 9 мѣс. |
| 58 | Fort. Gaz. d. Hôp. 1882, p. 524. | 35 | — | Страданія отъ присутствія опухоли. | Плодъ хорошо развитый. |
| 59 | Dönitz. Berl. klin. Wochen. 1883, № 25. | 28 | 1 | Болѣзненная опухоль. | 16 мѣсяц. |

| Діагнозъ: a) до опер.; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Cystoid. b) Gr. tub. | Лапаротомія. Полная экстирпація. Ножка перевязана и оставлена. | — | Очень широкія срощенія. | Вызд. | Ножка образована lig. ovar. pr. и труба. |
| a) Gr. abd. Lithopaedion. b) Gr. tub. | Лапаротомія. Полная экстирпація мѣшка и плода по частямъ. Широкая ножка перевязана и брошена. Lister. | — | Срощенія рыхлыя съ брюшиною и плода со стѣнками мѣшка. | Вызд. черезъ $2^1/_2$ мѣс. | Ножка образована Lig. lato dextr. |
| a) Fibromata uteri. b) Gr. extr. tub. | Лапаротомія. Полная экстирпація. Основаніе опухоли перевязано и остав. in situ. Антисептика. | — | Срощенія значительныя съ сальникомъ. | Выздор. черезъ 24 дня. | — |
| ) Fibroma ovarii. ) Gr. extraut. | Лапаротомія. Полная экстирпація. Ножка укрѣплена въ брюшной ранѣ. | — | Срощенія были устранены; лигатуры — Catgut, прижиганія. | Выздор. черезъ 2 недѣл. | — |
| )Gr. tubo-bd. | Лапаротомія. Экстирпація. Дренажъ. Перевязка нафталиномъ. | — | Срощенія были; при отдѣленіи разрывъ мѣшка. | Выздор. | Послѣдъ не найденъ при операціи. |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 60 | Кузнецкій. 1883. Дневн. Каз. Общ. Вр. 1884. № 3. | 42 | 1 | Боли, рвота. | 6 лѣтъ. Плодъ развитый. |
| 61 | Кузнецкій. 1882. Тамъ же, № 4. | 31 | 9 | Истощеніе, лихорадка, анэмія. Нагноеніе мѣшка. | 1 годъ съ лишкомъ. Плодъ вполнѣ развитый. |
| 62 | Сутугинъ. «Врачъ» 1884. №№ 25 и 26. | 20 | 3 | Самочувствіе и здоровье хороши. Grav. peritonealis. | Полтора года. Смерть плода на 34-ой недѣлѣ. |
| 63 | Schröder. Beaucamp. Zeitsch. f. Geb. и Gyn. Bd. X. 1884. Heft 2. | 29 | 1 | Сильное изнуреніе, лихорадка. | Плодъ зрѣлый. |
| 64 | Waitz. Deutsche Med. Wochn. 1884. № 34. | — | 3 | Боли весьма сильныя, лихорадка. | Около 15 л. Плодъ доношенный. |

| Діагнозъ: a) до опер: b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Омѣлѣвшая фиброзная опухоль матки. b) Gr. extraut. Lithopaedion. | Лапаротомія. Полная экстирпація. Ножка вшита въ рану. Антисептика. | — | Почти сплошныя. | Выздор. черезъ 6 нед. | Ножка опухоли образ. tub.-dex. и lig. latum. Плодъ окаменѣлый |
| a) Gr. extraut. b) Gr. abd. | Лапаротомія. Полная экстирпація. Ножка вшита въ рану. Антисептика. | — | Значительныя. | Вызд. черезъ 6 нед. | Ножка образована lig. lato. Плодъ разлагающійся вѣс. 6 фунт., $15^1/_2$ дюйм. длины. |
| Gravid. peritonealis. | Антисептика. Лапаротомія. Полн. экстирпація. Ножка перевяз. и погружена въ полость живота. Дренажъ черезъ задній Douglas въ vagina. | — | Срощеніе сплошное, но рыхлое. | Выздор. | Ширина ножки 6,5 ctm. (труба). |
| b) Gr. tubo-ovar. | Антисептика. Полная экстирпація. Ножка погружена. | — | Срощенія легко отдѣлились. | Смерть вскорѣ послѣ операц. | Ножка образована трубою и lig. ovarii. Вскрытіе не полное. |
| b) Gr. ovarialis. | Лапаротомія. Полная экстирпація. | — | Срощенія сплошныя, почти непреодолимы. | См. чрезъ 2 часа отъ коллапса. | Плодъ—доношенная дѣвочка, хорошо сохранившаяся. Мѣшокъ съ хрящевыми стѣнками. |

| № | Операторы, авторы и литератури. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 65 | Муратовъ. «Мед. Обозрѣн.» 1885. № 1, стр. 45—53. | 31 | 4 | Присутствіе опухоли въ животѣ. Предполагали сдѣлать оваріотомію. | Послѣ срока. Плодъ почти 7 мѣсяц. |
| 66 | A. Martin. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 11, S. 169. | — | 2 | Gr. extrauterina tub. | Послѣ срока. Плодъ ум. около 8 м. |
| 67 | Nicoll. Amer. Obst. Journ. Vol. XVIII. 1885, p. 408. Операторъ: Dr. Thomas. | — | — | Предполагалась киста. | — |
| 68 | A. Martin. Centralbl. f. Gyn. 1886, № 1, S. 9. | 52 | 3 | Страданія. Lithopaedion. | 13 лѣтъ. |

| Діагнозъ. а) до опер.; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Kystoma ovarii sin. b) Grav. tub. | Антисептика. Полная экстирпація послѣ опорожненія. Ножка погружена. | — | Слабыя тяжевыя срощенія легко и безъ кровотеч. отдѣлены пальцами. | Выздор. черезъ 2 мѣсяца | Ножка образована лѣв. lig. lat. и tuba 20 сант. ширины. |
| a) Gr. tub. b) Grav. interstit. tub. interligament. | Вылущеніе опухоли изъ lig. lat. dextr. и отрѣзана съ правымъ рогомъ матка. Рана зашита. Дренажъ чрезъ Douglas. | — | Опухоль была субсерозная. | Вызд. | — |
| a) Діагнозъ сомнт. b) Gr.tubo-uter. | Наложенъ клампъ на матку. Удалены темяпн. кости 3—4 мѣс. плода изъ Douglas'a. | — | Срощенія очень большія; опухоль въ связи съ маткою. | ? | — |
| a) Gr. extraut. b) Gr.tubo-abd. | Лапаротомія. Плодъ предст. склетъ мацерированный удаленъ (excisio). | — | Срощенія сплошныя. Опухоль образованн. изъ трубы. | Выздор. | Мѣшокъ сидѣлъ въ воронкѣ, образованн. изъ Pyosalpinx (?). |

| № | Операторы, авторы и литератури. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 69 | Breisky. Prag.Med. Wochenschr. 1885. № 23. | 33 | 4 | Прободенія мочеваго пузыря. Септицемія. | Больше 5 л. Плодъ зрѣлый. |
| 70 | Davie. Am. Med. Bi-Weekly № 4, 1881. XII. 593. | — | — | Прободеніе кишки. | 39 мѣсяцевъ |
| 71 | Hinkle. Philad. med. rep. 1879. Virchow u. Hirsch's Jahresber. 1879. XIV. | — | — | — | Кости выходятъ per anum |
| 72 | F. Howitz. Centralb. f.Gyn. 1885. № 35. Fall I. | 37 | 2 | Сообщеніе мѣшка съ толстою кишкой. Дермоидная киста. Боли, лихорадка, кровотеченія. | 2 года. Плодъ зрѣлый. |
| 73 | Maygrier. Оперировалъ Tarnier. Ann. de Gynéc. 1879. | 33 | — | Фистула кишки. Перитонитъ. | 17 мѣс. Смерть плода въ срокъ. |
| 74 | A. Martin. Berl. klin. Wochens. 1881. № 51. Случай 6-ой. | 53 | 8 | Per anum выходили кости 7-ми-мѣс. плода. Изнуреніе; фистула въ colon descend. | — |
| 75 | Notta Maurice. Оперировалъ: Bouilly. Progrès méd. 1874. XII. 19, p. 377. | 40 | — | (Мѣшокъ разорванъ во многихъ мѣстахъ). Явленія внутренняго ущемленія кишекъ. | 8 лѣтъ. |

| Діагнозъ: a) до опер.; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровл. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| Gr. abd. sec. ex grav. tubaria. | Лапаротомія. Антисептика. | — | Не вездѣ. | Смерть чрезъ 3 дня. | — |
| Gr. extraut. | Лапаротомія. | — | — | Вызд. | |
| — | Лапаротомія. Мѣшокъ оказался пустымъ. Кости въ colon. ascendens продвинуты дальше. | — | — | Смерть чрезъ 2 недѣли отъ септицеміи. | — |
| Gr. extraut., сложненая еще ермоидною кистой. | Лапаротомія à deux temps. Антисептика. | — | — | Вызд. | — |
| Gr. abd. | Лапаротомія. Антисептика по Lister'у. | — | Сплошное спереди. | См. при явленіи перитонита чрезъ недѣлю. | Срощенная съ мѣшк. конечность плода оставлена in situ. |
| — | Лапаротомія. Удаленіе плода, послѣда послѣ наложенія лигатуры и части мѣшка; резекція кишки (colon. descend). | Удал. | Были. | Смерть на 3-ій день отъ колляпса. | Смерть ускорена бывшею до операціи инаниціей. |
| Gr. abd. | Лапаротомія. Ущемленіе кишки въ отверстіяхъ мѣшка устранено. | — | Были. | Смерть отъ вторичнаго ущемленія кишки на 3-й день. | — |

| № | Операторы, авторы и литератури. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 76 | Percival. Obst: Journ. of Gr. Brit. Vol. VIII, p. 661. | 36 | 6 | Сообщеніе мѣшка съ тонкою кишкою. Крайнее истощеніе. Лихорадки не было. | 7 мѣс. послѣ срока. |
| 77 | Ribemont. Опер.: Tarnier. Ann. de Gynéc. 1879. | 21 | 2 | Прободеніе recti. Лихорадка гектич. Перитонитъ. | 12 мѣс. Смерть плода на 7 мѣс. |
| 78 | Thissen. Berl. Klin. Wochenschr. 1884. № 21. | 31 | 3 | Плохое общее состояніе. Прободеніе кишки въ двухъ мѣстахъ. | 3 мѣс. послѣ срока. |
| 79 | Gaillard Thomas. Amer. Journ. of med. Sc. Jan. 1879. Case V. | 21 | 3 | Фистула recti; выход. кости. | 22 мѣс. Смерть плода въ срокъ. |
| 80 | Weinlechner. Wien. Med. Bl. 1885. № 11. | 34 | 2 | Прободеніе кишекъ и нарывъ брюшной стѣнки. Перфорація jejuni et desc. colon. Исхуданіе, боли. | 13 мѣс. Смерть плода на 6 мѣс. |

| Діагнозъ: a) до опер. b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| Gr. extraut. или локачеетвенныя опухоль. Gr. abd. | Лапаротомія. 2 раза punctio. Плодъ извлеченъ по частямъ. | Удалены остатки послѣда. | Полное | См. на 3-й день отъ прострацін. | Кожа головы плода (волосы) приращена къ стѣнкамъ мѣшка. Сообщеніе мѣшка съ jejunum. |
| Gr. abd. | Лапаротомія. Антисептика по Lister'у. Exstirpatio распавшихся частей плода. | — | Сплошное спереди. | Вызд. | Пуповина вышла per anum. |
| Gr. abd. | Лапаротомія. Гнилой плодъ удаленъ. Антисептика. Дренажъ. | — | — | Вызд. | Кишечныя фистулы, приблизившись къ брюшн. стѣнкамъ, заросли. |
| Grav. abd. | Лапаротомія. При отдѣленіи костей плода разорв. стѣнка мѣшка. Туалетъ брюшины. Дренажъ. | — | Сънеред. стѣнкой. | Вызд. черезъ 2 недѣли. | Кости разложившагося плода приращены были къ стѣнкѣ мѣшка. |
| Gr. abd. | Лапаротомія. Вскрытіе нарыва въ области пупартовой связки вытекъ гной безъ костей. | — | Значит. | См. | На вскрытіи оказалось, что мѣшокъ съ разлож. плодомъ извилистыми ходами сообщался съ натечнымъ гнойникомъ. |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 81 | Angus Macdonald. Edinb. Med. Journ. Vol. XXIX. Part II. 1884. Case 1. | 28 | 2 | Боли. Упадокъ силъ. Опухоль живота. Прободеніе кишекъ. | 11 мѣс. Смерть плода на 6 мѣс. |
| 82 | Богаевскій. «Хирургич. Вѣст.» 1885, стр. 498—503. | 25 | 2 | Нарывъ въ области пупка. Высокая лихорадка; боли. | 15 мѣс. Плодъ почти зрѣлый. |
| 83 | Феноменовъ. Опер: Горвицъ. «Врачъ» 1881. № 44. | 22 | — | Фистула брюшной стѣнки. Упадокъ силъ. | 1 годъ и 10 мѣс. |
| 84 | Polatschek. Schmidt's Jahrb. Bd. 182. 1879, p. 264. | — | — | Lithopaedion. Прободеніе брюшной стѣнки. | 5 лѣтъ. |
| 85 | Ullman. Virchow u. Hirsch's Jahrbr. (1883) 1884. Jahrg. 18. Bd. 2. S. 591. | 32 | — | Лихорадка. Пролежни. Свищъ съ гангренозн. краями въ области пупка. Прободеніе толстой кишки. | 3½ мѣс. послѣ срока. Плодъ доношенъ. |
| 86 | Carter. Trans. Obs. Soc. of. Lond. Vol. XXII. 1881. p. 160. Case I. | 38 | 2 | Прободеніе брюшной стѣнки. | Около 14 мѣс. Плодъ 8 мѣс. |

| Діагнозъ: a) до опер.; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| Gr. abd. | Лапаротомія. Антисептика безъ spray. Резекція 5—6 дюймовъ тонкой кишки по причинѣ гангрены. Дренажъ. Рана зашита. | — | Были. | Выздор. | Было прирощеніе частей плода къ мѣшку. |
| Внѣматочная беременность. | Laparokelyphotomia. Строгая антисептика. | Извлеченъ съ оболочками. | Были. Спереди легко отдѣлимы. | Вызд. | — |
| Gr. abd. | Лапаротомія. Извлеченіе костей отдѣльно. Антисептика. | Ост. | Только вверху. | Вызд. | — |
| — | Лапаротомія. Экстирпація Lithopaedion'a. | — | — | Смерть отъ перитонита. | Lithopaedion тѣсно прирощенъ къ брюшн. мышцамъ; нужно было „вылущить" его по частямъ. Остатки послѣда сохранились. |
| Gr. abd. Secund. | Лапаротомія. Извлеченіе плода за ножку. Промываніе борною кислотой. Дренажъ. | Удал. безъ кровотеченія. | Не полное. | Вызд. | Фистула въ нижней части Colonis черезъ нѣск. мѣсяцевъ заросла. |
| — | Расширеніе фистулы разрѣзомъ въ 3 дюйма. Плодъ разложив. извлеченъ. | Не искали. | — | Вызд. | |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 87 | Chabert. Lyon Médical. 1877. 23 Avril. | | 5 | Исхуданіе. Прободеніе брюшной стѣнки. Была комбинированная внѣ-и внутри-мат. беременность. | Плодъ донош. |
| 88 | Dresselhyis. Obst. Journ. of. Gr. Brit. and Irel. Vol. III. 1875—1876. | 40 | нѣск. разъ | Фистула брюшн. стѣн. вправо отъ пупка. Кахексія. | — |
| 89 | J. M. Heard. New-York Med. Journ. 1882. Vol. 35, p. 480. | 19 | 1 | Свищъ брюшной стѣнки. Moribunda. | $3^{1}/_{2}$ года. |
| 90 | Young. Amer. Journ. Med. Scien. Vol. LXXIX 1880. p. 442. | | 3 | Прободеніе брюшной стѣнки. | — |
| 91 | Angello Leite. Courrier médical 1877, p. 362. Schmidt's Jahrb. Bd. 178. | 22 | 2 | Фистула въ области пупка, отхожденіе костей, черепныя кости застряли. | 1 годъ и 2 мѣс. Смерть плода на 9 мѣс. |
| 92 | Macdougall. Edinb. Med. Journ. 1876. July. | 28 | 9 | Фистула брюшной стѣнки. Истощеніе. (Кромѣ того, сообщеніе мѣшка съ маткою). | Съ лишкомъ 2 года. Смерть плода на 9 мѣс. послѣ ложныхъ родовъ. |
| 93 | Poincarré. Arch. de Tocol. 1878, p. 667. | 26 | 2 | Фистула брюшной стѣнки и прямой кишки. Перитонитъ, поносъ. | Послѣ срока 2 мѣсяца. Смерть плода въ срокъ. |

| Діагнозъ: a) до опер.; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| Gr. extraut. | Расширеніе фистулы разрѣзами. Рана не зашита. Антисептика. | — | — | Вызд. | — |
| Gr. extraut. | Расширеніе фистулы. Извлеченіе плода. | Остав. | — | Вызд. | Полость мѣшка 15 ctm. діам.—Послѣдъ составл. часть передн. стѣнки. Плодъ 7 мѣс. Во время регулъ кровотеченіе изъ раны. |
| Внѣм. берем. | Расширеніе свища и извлеченіе костей въ нѣск. пріемовъ. | — | — | Вызд. | — |
| a) Gr. abd. b) Gr. ovar. ext. | Расширеніе фистулы губкою и разрѣзомъ; удалено все постороннее для матери. Рана зашита. | Удал. | Было. | Вызд. | Срощенія отдѣлены пальцами. Плодъ извлеченъ акушерскими щипцами. |
| Gr. extraut. | Расширеніе фистулы. Извлеченіе плода. | — | — | Вызд. черезъ 25 дней. | Мѣшокъ внизу ограниченъ твердою перепонкой. |
| Gr. extraut. | Расширеніе фистулы живота. Извлеченіе разложившагося плода. Рана оставлена зіяющею. Промывка іодистымъ растворомъ. | Не найденъ. | Сплошное. | Вызд. быстрое. | При операціи найдено сообщеніе мѣшка съ полостью матки. |
| Gr. extraut. | Расширеніе фистулы живота крестообразно. Извлеченіе костей разложив. плода. | — | — | Смерть черезъ 10 дней. | Вскрытіе не произведено. Быстрое распаденіе плода зависѣло отъ фекальныхъ массъ, попавшихъ въ мѣшокъ изъ фистулы recti. |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 94 | Поповъ. «Врачъ» 1881, № 47. | 44 | 19 | Свищъ брюшн. стѣнки на 1 ctm. выше средины cristae ilei dextr. | — |
| 95 | Hofmeier. Оперировалъ: Schröder. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1880. Bd. V, p. 112. | 29 | 6 | Прободеніе брюшной стѣнки. | 11 мѣс. |
| 96 | Stickl. Schmidt's Jarhbüchr. 1877. Bd. 182, p. 251. | 40 | 13 | Внѣмат. берем. Послѣдовательная норм. берем. Боли, рвота, исхуданіе. Распадъ въ плодн. мѣшкѣ. | Плодъ доношенъ. |
| 97 | Windriff. Bull. méd. du Nord. 1878, p. 129. Deschamps l. c. Obs. LVII. | — | — | Фистула брюшной стѣнки. Произвольное выдѣленіе костей. | — |
| 98 | Л. Цвирко. «Медиц. Обозр.» 1882. Томъ XVII, стр. 904. | 25 | 4 | Кости плода отходили per vaginam и черезъ свищъ брюшной стѣнки. | -- |

| [Д]іагнозъ: а) [д]о опер.; b) [п]ослѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| [...]г. extraut. | Разрѣзъ въ 3 пальца надъ и параллельно crista ilei и проколъ задняго свода; извлеченіе костей плода per vaginam и черезъ рану живота. Антисептика. | Ост. | Полное. | Вызд. | Кости черепа, извлеченныя per vaginam, были приставши къ стѣнкамъ мѣшка. |
| [...]. extraut. | Расширеніе фистулы. При отдѣленіи послѣда сильное кровотеченіе, тампонація мѣшка. Дренажъ чрезъ Douglas. | Удал. | — | Выздор. | — |
| [...]г. extraut. | Punctio probat. Punctio troacar'омъ. Расширеніе отверстія laminaria. Разрѣзы въ разн. сторон., извлеч. костей. | — | — | Выздор. | Маточный 6-мѣс. плодъ и послѣдъ удалены изъ матки. |
| — | Извлеченіе костей. | — | — | Выздор. | До внѣмат. берем. больная перенесла кесарское сѣченіе. Прободеніе внѣмат. мѣшка произошло на мѣстѣ рубца. |
| [...]ѣм. бер. | Удаленіе костей и сгнившихъ мягкихъ частей плода чрезъ свищъ костными щипцами и рукою. | Удал. | — | Выздор. | — |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 99 | Bozeman. New-York med. Journ. Vol. XL. 1884, p. 691. Case II. Оперировали: Mc. Sweeny и Burke. | 38 | 7 | Послѣдовательная за внѣматочною нормальная беременность окончена щипцами на 8-мъ мѣс., и замѣченъ внѣм. плодъ, не вызыв. никакихъ страданій. Было только Neuralgia nerv. trig. | 3 года и 2 м. Смерть плода около 6-г. мѣсяца. |
| 100 | Chauvenet-Negri. Annali di obst. 1885. Centralbl. f.Gyn. 1885. № 46, p. 733. | 33 | 1 | — | 2 мѣсяца послѣ срока ложн. родовъ. Смерть плода въ срок. |
| 101 | Davis. New-York Med. Record. Vol. 25. 1884, p. 572. | 35 | 3 | Ущемленіе и выпаденіе внѣм. мѣшка на $1^1/_2$ дюйма ex rima pudendor. Гангрена стѣнки vaginae. | Плодъ $4^1/_2$—5 мѣс. |
| 102 | Edis. Brit. Med. Journ. Vol. I. 1885, p. 788. | 41 | multipara. | — | Плодъ 6 мѣсяцевъ. |

| Діагнозъ: a) до опер.; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Gr. extraut. b) Gr. abdom. | Кольпотомія. Разрѣзъ задняго свода vaginae. Извлеченіе остатковъ скелета и мягкихъ частей плода. | — | — | Вызд. | |
| — | Кольпотомія. Ребенокъ мацерированный извлеченъ. Послѣдъ оставленъ. Дренажъ и частая ирригація полости. | — | — | Вызд. черезъ 40 дней. | Плодъ 3000 gr. вѣс. Куски послѣда совсѣмъ не выдѣлялись. Остатки плоднаго мѣшка не опредѣлимы черезъ 7 мѣс. послѣ операціи. |
| Gr. extra-uterina. | Кольпотомія. Потомъ разрѣзана гангренозная выпятившаяся стѣнка лѣваго свода vaginae безъ кровотеченія; извлечен. плода. Placenta не вышла. Антисептика. | — | — | Вызд. | Послѣдъ удаленъ на другой день. |
| — | Кольпотомія. Разрѣзъ задняго свода термо-каустическимъ ножемъ. Извлеченіе плода. Послѣдъ оставленъ in situ. | — | — | Вызд.(?). | Случай сообщенъ въ день операціи. |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 103 | Goelet. New-York Med. Record. Vol. XIV. 1878, p. 305. | 26 | 4 | Явленія септическаго перитонита послѣ haematocele. Прострація. | 3—4 мѣс. См. плода на 3 мѣс. |
| 104 | Hancocke Wathen. Med. Times. and Gaz. 1877. T. I, p. 641. | 25 | 2 | Исхуданіе. Кровотеченіе. Разстройство кишечника. Гнилостное нагноеніе мѣшка. | Около 11 мѣс. Смерть плода за мѣс. до срока. |
| 105 | Harrison. Amer. Journ. of Obst. 1878. Vol. XI, p. 810. | 28 | 4 | Лихорадка. Гнилостное распаденіе мѣшка начиналось. | 4 мѣс. Смерть плода на 4 мѣс. |
| 106 | Kaltenbach. Arch. f. Gyn. Bd. XVIII. 1881, S. 473. | 36 | 2 | Сокращенія плоднаго мѣшка угрожали разрывомъ его. | 7 мѣс. |

| Діагнозъ: a) до опер; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Gr. extraut. b) Gr. extraut. III мѣс. | Кольпотомія. Разрѣзъ задняго свода. Разложившійся плодъ извлеченъ. (Послѣдъ) и оболочка оставлены. | — | — | Вызд. черезъ $2^1/_2$ мѣс. | Послѣ операціи постоянная ирригація карболовою водою. |
| a) Gr. extraut. b) Gr. abd. | Кольпотомія. Разрѣзъ передняго свода vaginae. Гнилой плодъ извлеченъ щипцами и крючкомъ. | — | — | Выздор. черезъ 4 недѣли. | Послѣдъ выдѣлился чрезъ нѣск. дней. |
| a) Gr. extraut. sive haematocele. b) Gr. abd. | Punctio. Кольпотомія. Разрѣзъ задняго свода. Плодъ извлеченъ. | Оставл. | — | Выздор. | Послѣ операціи постоянная антисептическая иррнгація. |
| a) Gr. extraut. b) Gr. tub. interligament. | Кольпотомія. Разрѣзъ по средней линіи задняго свода 5—6 ctm. длины. Извлеченіе плода за предлеж. ножку; перфорація послѣд. головки. Сильное кровотеченіе остановлено ледяными и горячими впрыскиваніями. Строгая антисептика. | Остав. | — | Смерть. | Послѣ операціи: явленія сепсиса; на 4-й день удаленіе placentae съ небольшимъ кровотеченіемъ. На 8-й день, во время антисептическаго промыванія, вдругъ collaps и смерть отъ разрыва мѣшка и эмболіи art. pulm. |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 107 | Müller. Charité-Ann. II. (1875) 1877, p. 392. Fall II. Операторъ: Schröder. | 33 | 4 | Кахексія, боли. Гнилостное распаденіе мѣшка. | 5 годъ. Плодъ убитъ въ срокъ (injectio morphii). |
| 108 | Pinard. Gazette des Hôpit. 1884, p. 174. | 31 | — | Боли. Увеличеніе опухоли при правильномъ діагнозѣ. Исхуданіе. | 2 мѣс. послѣ срока. Смерть плода въ срокъ. |
| 109 | Schwartz. Virchow u. Hirsch's Jahresbr. (1875) 1876, p. 596. | — | 9 | Агонія; дефекація невозможна 9 дней. Опухоль въ Дугласовомъ простр. | 5-й мѣс. берем. |
| 110 | Freund. Edinb. Med. Journ. 1884. Vol. XXIX, p. 401. Case XI. | 42 | 5 | Фистула праваго свода влагалища. Элиминація костей плода per vaginam. Была послѣдовательная нормальная беременность. | Около 2 лѣтъ. Плодъ 5 мѣс. |

| Діагнозъ: a) до опер.; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Gr. extraut. b) Gr. abdom. tub.-abd. | Кольпотомія. Поперечный разрѣзъ задняго свода vaginae, кровотеч. остан. ferr. cand. Разлож. плодъ извлеченъ по частямъ полипн. щипцами. Мѣшокъ промытъ 5% раств. карбол. кисл., чѣмъ вызвано сильное прижиганіе стѣнокъ мѣшка. | — | — | См. на 23 день отъ истощенія. | Послѣ операціи на 3-й день содержимое тонкой кишки выдѣляется per vaginam, но фистула эта не произведена во время операціи. |
| a) Gr. extraut. b) Gr. abdom. | Кольпотомія. Разрѣзы во всѣ стороны въ заднемъ сводѣ vaginae. Extractio плода за ножки рукою. | Остав. | — | Выздор. | Послѣ операціи промыванія мѣшка сулемою 1:2000 чрезъ кажд. 2 часа. Послѣдъ выдѣлился; на 19-й день послѣ операціи не осталось и слѣда мѣшка. |
| a) Внѣмат. берем. двойнями. | Кольпотомія. Разрѣзъ задняго свода vaginae. Извлечены 2 плода. | ал. | — | Смерть внезапн. на 4 день. | Вскрытія не было. |
| Gr. extraut. abd. | Vaginoextractio. Фистула влагалища расширена. Кости плода извлечены. | — | — | Выздор. | — |

| № | Операторы, авторы и литератури. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 111 | Deschamps. Des divers modes de terminaison des gross. extraut. Thèse. Paris 1880, pag. 82. Observ. LXX bis. Операторъ: Pinard. | 28 | 2 | Прободеніе и элиминація per rectum. Поносъ. | Около 1 года. Плодъ 5 мѣс. |
| 112 | Carter. Transact. Obs. Soc. Lond. Vol. XXII, p. 168—172. Case II. | 34 | 2 | Элиминація per rectum. Кости черепа плода врѣзались въ стѣнки recti. | 6 лѣтъ. См. плода на 6 мѣс. |
| 113 | Czaplicki. „Medycyna" 1884, p. 102, № 6. | 36 | — | Элиминація per rectum. Истощеніе. | 16 мѣс. См. плода на 8 мѣс. |
| 114 | Doe. Bost. Med. Journ. 1884. Vol. CX, p. 441, и CXI, p. 268, 275. | 52 | — | Элиминація per rectum. Большой дефектъ стѣнки recti. | Лѣтъ 5. Плодъ около 7 мѣс. |
| 115 | Еджубовъ. Протоколы Кавк. Мед. Общ. 16 ноября 1881 года № 10 и 2 окт. 1882 года № 9. | 16 | — | Выхожденіе костей плода per rectum. Лихорадка, боли. | Почти 2 года. Около 9 мѣс. см. плода. |
| 116 | Финкель. „Врач. Вѣдом." 1877, № 23, стр. 2. | — | — | Комбинированная внѣ- и внутриматочная беременность. Нарывъ и выхожденіе костей per rectum. (Выкидышъ). | — |

| Діагнозъ: a) до опер.; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| Grav. abd. | Извлеченіе плода per anum. (Rectoextractio). | — | — | Выздор. | — |
| Gravid. abdom. | Извлеченіе костей плода костными щипцами per anum. Небольшое кровотеченіе. | — | — | Выздор. | Фистула recti закрылась. |
| Gr. extraut. fossae Douglasii. | Разрѣзъ сфинктера до копчика. Извлеченіе плода по частямъ щипцами и крючкомъ. Антисептика. | — | — | Выздор. | Послѣдъ организовался. |
| Grav. extr. | Извлеченіе ближайшихъ костей съ трудомъ. | — | — | Выздор. | — |
| Grav. abd. | Вскрытіе нарыва recti и извлеченіе нѣкот. костей въ нѣск. сеансовъ пальцами и т. д. | — | — | Выздор. черезъ годъ отъ начала элиминаціи. | — |
| Gr. abd. | Извлеченіе костей per rectum. | — | — | Выздор. | — |

| № | Операторы, авторы и литературн. указанія. | Возр. больн. | Число берем. | Показанія къ операціи. | Продолжительность беременности. |
|---|---|---|---|---|---|
| 117 | Freund (Bochoben). Edinb. Med. Journ. Vol. XXIX, p. 401. Case XII. | — | — | — | Плодъ 6 мѣс. |
| 118 | Gaillard Thomas. Trans. Am. Gyn. Soc. Vol. VII (1882) 1883. Case XIV. Опер.: Dr. Janvrin. | 22 | — | Черезъ годъ отъ зачатія маленькія кости вых. per rectum. Септицемія. | Почти годъ. |
| 119 | König. Wien. med. Presse. 1883. № 15. | 30 | — | Почти черезъ 2 года вышли гной, мягкія части и бедро плода. Лихорадка. | 2 года. |
| 120 | Orton. New-York Med. Journ. 1884. Vol. 40, p.582. | — | — | Выдѣленіе гноя per rectum. Боли, истощеніе. | 14 лѣтъ. Плодъ доношенный. |
| 121 | Paschal. Cincinnati Obst. Gaz. 1882. «Врач. Вѣд.» 1882. № 539, стр. 3486. | 30 | — | — | 10 лѣтъ посл[illegible] срока. Плодъ около 9 мѣс. |
| 122 | Schade. Thür. Corr-Bl. VII. 5 Mai 1878. Schmidt's Jahrb. Bd. 182. 1879 г., p. 251. | 30 | — | Истощеніе, лихорадка, кровотеченіе per rectum. Головка плода врѣзалась краями своихъ костей въ rectum. | 52 недѣли. Плодъ умеръ на 8 мѣс. |
| 123 | Weiss. Deschamps l. c. Obs. LXX. Оперировалъ: Tillaux. | 40 | — | Гнойное истеченіе per rectum съ частями плода. | Плодъ 4—[illegible] мѣс. гнилой. |

| Діагнозъ; a) до опер.; b) послѣ опер. | Операція. | Послѣдъ. | Срощеніе плод. мѣшка. | Смерть или выздоровленіе. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|
| Grav. abd. | Изъ Дугласа удалены кости плода. | — | — | Выздор. | — |
| Grav. abd. | Расширеніе сфинктера ani,и пальцами удалены всѣ кости въ теченіе 15—20 минутъ. | — | — | Смерть черезъ 15 час. отъ истощенія. | — |
| Grav. extraut. | Извлечены остальныя части плода per rectum. | — | — | Выздор. | — |
| Gr. tub. | Расширеніе отверстія recti;удалены до 100 костей, безъ анэстезіи, въ нѣск. сеансовъ. | — | — | Смерть отъ перитонита. | — |
| — | Извлеченіе костей (черепъ), безъ расширенія отверстія, въ нѣск. сеансовъ. Черезъ 15 дней выведены всѣ кости. | — | — | Выздор. черезъ мѣсяцъ. | — |
| — | Расширеніе anus'а, кости и туловище извлечены щипцами. Послѣда не было. | — | — | Выздор. быстрое. | — |
| — | Извлеченіе плода per rectum (но головы плода не было). | — | — | Выздор. черезъ 10 дней. | — |

*Лапаротомія.* Какъ я уже упоминалъ, здѣсь нужно различать три категоріи случаевъ по сущности оперативнаго метода:

1) Случаи оперативнаго вскрытія брюшной полости и извлеченія плода безъ удаленія плоднаго мѣшка—Laparokelyphotomia по терминологіи проф. Славянскаго.

2) Случаи полнаго удаленія всего плоднаго мѣшка съ его содержимымъ—Laparokelyphoectomia, какъ предложилъ называть эту операцію проф. Славянскій.

3) Случаи, въ которыхъ лапаротомія произведена уже при произвольно нарушенной цѣлости плоднаго мѣшка съ нагноеніемъ его стѣнокъ и прободеніемъ сосѣднихъ органовъ,—лапаротомія при начавшейся элиминаціи плода. Здѣсь можетъ быть нѣсколько модификацій условій производства операцій. Случаи, въ которыхъ:

a) при произвольныхъ прободеніяхъ полыхъ органовъ брюшной полости, т. е. recti, другихъ частей кишечнаго канала, vaginae и мочеваго пузыря, плодъ извлекается путемъ чревосѣченія по общимъ правиламъ производства лапаротоміи;

b) при произвольномъ прободеніи брюшной стѣнки, разрѣзъ при операціи проходитъ значительно дальше фистулы и ведется послойно, какъ вообще при чревосѣченіяхъ;

c) операція ограничивалась простымъ расширеніемъ существующихъ произвольныхъ язвенныхъ прободеній передней брюшной стѣнки, безъ строгой технической правильности, сообразно условіямъ каждаго даннаго случая.

Показаніемъ къ производству представленныхъ мною въ видѣ таблицы операцій служили обыкновенно: плохое состояніе здоровья беременныхъ, истощеніе, упадокъ силъ, перитонитъ, боли и т. д. Пока еще рѣдко оперируютъ ради одного лишь присутствія внѣматочнойбе ременности при вѣрно поставленномъ діагнозѣ (случаи Schröder'a, Litzmann'a и Сутугина). Больныя обыкновенно обращаются за врачебною помощью уже при ясно выраженномъ разстройствѣ общаго состоянія здоровья, и, кромѣ того, операціи, производимыя при внѣматочной

беременности, не настолько просты и невинны, чтобы производиться безъ строгихъ показаній. Иногда, правда, эти операціи производятся съ діагностическою цѣлью—laparotomia explorativa, но все-таки же въ настоящее время еще нельзя допускать эту пробную операцію въ тѣхъ широкихъ размѣрахъ, въ которыхъ допускается она Lawson Tait'омъ чуть ли не въ каждомъ сомнительномъ случаѣ страданія брюшныхъ внутренностей. Если требовать вѣрнаго діагноза для производства лапаротоміи, то это требованіе далеко не всегда можетъ быть выполнено. Въ нашей таблицѣ имѣется 68 случаевъ лапаротомій, изъ которыхъ діагнозъ былъ:

| | | |
|---|---|---|
| вѣрный. . . . . . . . . . | 35 | разъ. |
| ошибочный . . . . . . . . | 12 | „ |
| сомнительный . . . . . . . | 8 | „ |
| не обозначенъ до операціи . . | 13 | „ |

Эти 68 случаевъ относятся къ лапаротоміямъ, произведеннымъ раньше наступленія элиминаціи плода, обыкновенно выясняющей діагнозъ.

Не взирая на то, что означенныя выше операціи производятся обыкновенно при плохомъ состояніи здоровья внѣматочно-беременныхъ, общій результатъ оперативнаго леченія сравнительно хорошій: на 123 операціи было всего 32 смертельныхъ исхода, что составляетъ 26,5% смертности. Изъ 98 лапаротомій 29 случаевъ окончились смертью. Для того, чтобы составить себѣ правильное понятіе о достоинствахъ и слабыхъ сторонахъ операцій, производимыхъ при застарѣлыхъ случаяхъ внѣматочной беременности, нужно отдѣльно разсмотрѣть каждую группу оперированныхъ случаевъ.

*Laparokelyphotomia* производится чаще другихъ операцій, и я располагаю казуистикою, состоящею изъ 50 случаевъ этого рода. Существенные моменты этой операціи состоятъ: 1) въ послойномъ сѣченіи передней брюшной стѣнки, обыкновенно по linea alba; 2) въ разрѣзѣ брюшины; 3) въ предварительномъ или послѣдовательномъ пришиваніи стѣнки плод-

наго мѣшка или краевъ его разрѣза съ краями брюшной раны; 4) въ удаленіи плода (и послѣда); 5) въ очисткѣ (и дренажированіи) полости плоднаго мѣшка и 6) иногда въ частичномъ и рѣдко полномъ зашиваніи раны, которая обыкновенно оставляется зіяющею.

Предпочтеніе, отдаваемое этому способу операціи, основывается, главнымъ образомъ, на удобопримѣнимости его въ большинствѣ случаевъ, такъ какъ обширныя сращенія мѣшка съ окружающими органами брюшной полости дѣлаютъ полное удаленіе всего плоднаго мѣшка невозможнымъ, особенно при брюшной формѣ внѣматочной беременности, и застарѣлыхъ случаяхъ другихъ формъ ненормальной беременности.

Кромѣ того, лапарокелифотомія представляетъ, въ сущности, методъ экстраперитонеальнаго оперированія, и, слѣдовательно, при производствѣ этой операціи устранена возможность попаданія часто гнилостнаго содержимаго плоднаго мѣшка въ полость брюшины. Недостаткомъ же этого метода считаютъ продолжительность послѣопераціоннаго теченія и опасность послѣдовательнаго септическаго зараженія, чего, впрочемъ, обыкновенно удается избѣгнуть примѣненіемъ правилъ строгой антисептики.

*Послѣдъ* обыкновенно оставляютъ при операціи in situ, такъ какъ насильственнымъ отдѣленіемъ его боятся получить опасное кровотеченіе изъ недостаточно тробмозированныхъ сосудовъ и ранить стѣнку мѣшка и сращенные съ нимъ органы брюшной полости. Изъ собранныхъ мною 50 лапарокелифотомій послѣдъ:

| | | |
|---|---|---|
| оставленъ in situ . . | 25 | разъ |
| удаленъ . . . . . . . . | 7 | „ |
| не найденъ . . . . . . | 4 | „ |

Въ остальныхъ 14 случаяхъ о послѣдѣ ничего не сказано.

Удаленіе послѣда въ семи этихъ случаяхъ 2 раза было не полное, 2 раза удалось легко и безъ значительнаго кровотеченія, при слабомъ кровотеченіи 1 разъ и при обильномъ, несомнѣнно ускорившемъ смертельный исходъ больной, кровотеченіи—2 раза.

Ненахожденіе вовсе послѣда при операціи, а также незамѣченное его отдѣленіе (организація ?) *) послѣ операціи иначе нельзя себѣ объяснить, какъ полнымъ его распаденіемъ въ дооперaціонный періодъ.

Оставленіе послѣда въ плодномъ мѣшкѣ въ большинствѣ случаевъ представляется необходимымъ; но необходимость эта весьма непріятна, такъ какъ, при произвольномъ своемъ отдѣленіи, обыкновенно наступаетъ ихорозное разложеніе содержимаго плоднаго мѣшка, и иногда, при болѣе быстромъ его отдѣленіи, наблюдались довольно значительныя послѣдовательныя кровотеченія. Въ случаѣ Rutledge послѣдовательныя плацентарныя кровотеченія наблюдались въ особенно рѣзкой формѣ; въ случаѣ Galabin'а смертельное плацентарное кровотеченіе, по мнѣнію автора, обусловлено было послѣродовымъ быстрымъ уменьшеніемъ и сокращеніями матки, такъ какъ въ этомъ случаѣ была одновременно съ внѣматочною и нормальная беременность. Септическое зараженіе больной продуктами разлагающейся плаценты наблюдалось въ случаѣ Savage.

Я уже говорилъ о мысли Kaltenbach'а обеззаразить послѣдъ инъекціей плацентарныхъ сосудовъ; другой, совершенно новый, способъ уничтожить вредное дѣйствіе разложенія послѣда примѣненъ недавно Negri: онъ просто зашилъ брюшную рану послѣ операціи и оставленный въ брюшной полости послѣдъ организовался и далъ въ результатѣ безболѣзненную опухоль.

*Сращенія плоднаго мѣшка* обыкновенно наблюдаются при производствѣ лапарокелифотоміи, и принято избѣгать насильственнаго отдѣленія ихъ. Въ нашихъ 50 случаяхъ:

| | |
|---|---|
| Сращенія мѣшка отмѣчены | 23 раза. |
| „ эти были значительны | 11 разъ |
| Сращеній не было . . . | 4 раза |
| Неизвѣстно ничего по этому вопросу . . . . . . . . | 23 „ |

*) Czaplicki [452].

*Срощенія плода съ плоднымъ мѣшкомъ* встрѣчались въ числѣ нашихъ случаевъ лапарокелифотомій 9 разъ, и эти срощенія составляютъ важное осложненіе при производствѣ операціи. Насильственное удаленіе прирощенныхъ частей плода, произведенное 5 разъ, дало одинъ разъ въ результатѣ раненіе кишечника больной. Гораздо безопаснѣе не нарушать насильственно довольно тѣсной связи плода со стѣнкою плоднаго мѣшка и поступать по примѣру проф. Славянскаго, т. е. оставлять срощенныя части покрововъ плода въ мѣшкѣ, предоставляя ихъ элиминацію силамъ природы.

Окончательный результатъ разбираемой нами операціи выразился въ 50 случаяхъ 33 выздоровленіями и 17-ю летальными исходами, что равняется 34% смертности. Эта довольно крупная цифра смертности не можетъ быть, однако, принята за выраженіе опасности примѣненнаго оперативнаго метода. Нужно принять во вниманіе условія со стороны общаго состоянія больной до операціи и ближайшія причины, вызвавшія летальный исходъ.

Изъ болѣе подробнаго разсмотрѣнія нашихъ 17 летальныхъ случаевъ келифотомій оказывается, что смерть произошла:

| | | |
|---|---|---|
| отъ | плацентарнаго кровотеченія. | 5 разъ. |
| „ | сепсиса,бывшаго до операціи. | 6 „ |
| „ | перитонита „ „ „ | 3 раза |
| „ | хроническаго нефрита „ | 1 разъ |
| „ | неизвѣстной въ точности причины . . . . . . . . . | 2 раза |

Случай смерти отъ брайтовой болѣзни Goodell'я и случай Galabin'а, гдѣ внѣматочная беременность осложнена была беременностью нормальной, и 3 случая раненія послѣда при операціи трудно причислять прямо къ результатамъ, обусловливаемымъ опасностью самой операціи, и потому нельзя признать 34% смертности за вѣрную цифру смертности при лапарокелифотоміи, и для окончательной установки этого процента требуются еще наблюденія и болѣе однородныя.

*Laparokelyphoectomia* Полное удаленіе плоднаго мѣшка съ плодомъ и послѣдомъ представляетъ несомнѣнныя преиму-

щества предъ обычнымъ способомъ пришиванія плоднаго мѣшка къ краямъ брюшной раны, такъ какъ при немъ удаляется весь плодный мѣшокъ съ его обыкновенно разложившимся содержимымъ, избѣгается опасность плацентарнаго кровотеченія и септическаго зараженія при произвольной элиминаціи послѣда, а также ускоряется выздоровленіе больной послѣ операціи. Къ сожалѣнію, методъ полной экстирпаціи примѣнимъ только въ тѣхъ довольно рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ срощеній плоднаго мѣшка съ окружающими органами или вовсе не имѣется, или же они легко устранимы безъ раненія сосѣднихъ органовъ и опаснаго кровотеченія; но такъ какъ обыкновенно приходится оперировать поздно и сращенія въ подобныхъ застарѣлыхъ случаяхъ бываютъ сплошныя, то, при всемъ желаніи, оператору зачастую приходится отказаться отъ производства лапаротоміи по этому методу. На этомъ основаніи, до сихъ поръ еще очень немного описано случаевъ полной экстирпаціи плоднаго мѣшка. Мнѣ удалось собрать въ литературѣ всего 18 случаевъ, которые дали самый благопріятный результатъ, выразившійся всего только 2 смертельными исходами. Для правильной оцѣнки этой операціи необходимо, однако, принимать во вниманіе цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ попытки полнаго удаленія плоднаго мѣшка не только оказались тщетными, но даже ухудшили исходъ произведенной затѣмъ лапарокелифотоміи. Сюда относятся случаи Ве-nicke, Gusserow'a, Porro, Goodell'я, Schröder-Müller'a, Schröder-Hofmeier'a и другіе. Въ виду этихъ фактовъ нельзя пока категорически, какъ это дѣлаютъ Сутугинъ и Кузнецкій, требовать замѣны лапарокелифотоміи полною экстирпаціей плоднаго мѣшка. Согласно Litzmann'у, показанія для laparokelyphoectomia довольно узки: онъ считаетъ ее пригодною при трубныхъ формахъ внѣматочной беременности, и то за исключеніемъ интерлигаментарныхъ формъ, непригодною же при брюшной беременности. Впрочемъ, нужно замѣтить, что на дѣлѣ данная операція примѣнялась и при другихъ (кромѣ собственно-трубной) видахъ внѣматочной беременности:

| | | |
|---|---|---|
| при трубной беременности . . | 5 | разъ. |
| „ трубно-маточной. . . . . . | 1 | „ |
| „ трубно-брюшной. . . . . | 2 | раза. |
| „ трубно-яичниковой. . , . | 1 | разъ. |
| „ gr. interligamentaris. . . | 1 | „ |
| „ яичниковой. . . . . . . | 1 | „ |
| „ брюшной. . . . . . . . | 3 | раза. |
| форма беременности неизвѣстна. | 4 | „ |

Изъ этой таблицы видно, что всѣ виды внѣматочной беременности допускаютъ производство лапарокелифектоміи и что не здѣсь лежатъ противопоказанія къ ея обширному примѣненію, а въ указанномъ выше характерѣ и обширности сроцeній плоднаго мѣшка. При производствѣ этой операціи руководствуются общими правилами оперативной гинекологіи относительно ухода за ножкой и т. д.:

| | | |
|---|---|---|
| на ножку опухоли наложенъ клампъ. . . | 1 | разъ. |
| на ножку и матку „ „ | 1 | „ |
| опухоль вылущена какъ при фиброміотоміи. | 1 | „ |
| ножка погружена въ брюшную полость. . | 7 | „ |
| ножка пришита къ брюшной ранѣ. . . | 3 | раза. |

Мы уже видѣли, что данные до сихъ поръ результаты примѣненія этой операціи очень благопріятны (всего только 11% см.), и во всякомъ случаѣ этотъ методъ составляетъ важное пріобрѣтеніе новѣйшаго времени въ леченіи внѣматочной беременности. Въ Россіи, насколько мнѣ извѣстно, онъ примѣнялся четыре раза съ полнымъ успѣхомъ.

*Лапаратомія при начавшейся элиминаціи чрезъ другіе органы, кромѣ передней брюшной стѣнки*, не составляетъ отдѣльнаго метода, а разбирается особо, какъ операція, производимая при другихъ условіяхъ, чѣмъ разобранныя нами, и потому, естественно, даетъ другіе результаты. Элиминація частей плода предполагаетъ гнилостное нагноеніе стѣнокъ и содержимаго плоднаго мѣшка, и потому, разумѣется, операція, производимая при этихъ условіяхъ существующаго уже септическаго зараженія, даетъ гораздо худшее предсказаніе. Съ

другой стороны, и техника операціи при этомъ иногда значительно осложняется, такъ какъ приходится иногда зашивать кишечныя фистулы и даже производить обширныя резекціи кишекъ (Macdonald[236]), иногда же операція не можетъ быть кончена (сл. Hinkle[174]). Зато плацента въ этомъ случаѣ не опасна своимъ кровотеченіемъ, такъ какъ она обыкновенно представляется уже распавшеюся.

Наши 13 случаевъ этой категоріи дали 7 смертельныхъ исходовъ, что составляетъ 53% смертности.

Вторую категорію *лапаротоміи* при начавшейся элиминаціи плода составляютъ тѣ случаи, гдѣ, *при существованіи прободенія передней брюшной стѣнки, разрѣзъ проводится по linea alba*. Эти операціи нужно также выдѣлять въ отдѣльную группу, такъ какъ онѣ производятся обыкновенно при септическихъ явленіяхъ со стороны больной, и операторъ, производя разрѣзъ вдали отъ естественной фистулы, рискуетъ вскрыть брюшную полость на мѣстѣ отсутствія приращеній плоднаго мѣшка къ брюшинѣ и брюшной стѣнкѣ, въ виду чего операція, при подобныхъ условіяхъ, представляетъ болѣе значительныя опасности, чѣмъ простое расширеніе произвольно образовавшейся фистулы. Подобныхъ случаевъ въ нашей таблицѣ имѣется только всего 4, а именно: случай проф. Горвица, описанный проф. Феноменовымъ, Polatschek'а, Ullman'а и Богаевскаго. Изъ этихъ 4 случаевъ 3 окончились выздоровленіемъ и 1 летально, что составляетъ 25% смертности. *Простое расширеніе* существующихъ *фистулъ передней брюшной стѣнки* (*débridement*) можно разсматривать, какъ третью категорію лапаротоміи при начавшейся произвольной элиминаціи. Благопріятное условіе этого рода операціи заключается въ томъ, что по окружности фистулезнаго прободенія брюшной стѣнки существуютъ обыкновенно сплошныя срощенія плоднаго мѣшка съ брюшиною и переднею брюшною стѣнкою, и операція производится совершенно экстраперитонеально. Главныя же отличія этой группы операцій отъ предшествующихъ заключается въ нетипичномъ производствѣ чревосѣченія. Данной категоріи случаевъ мы имѣемъ 13, изъ которыхъ

только 1 кончился летально, т. е. получилось всего 8% смертности.

Подводя общій итогъ результатовъ чревосѣченія послѣ смерти плода, мы видимъ, что самые лучшіе результаты получаются при простомъ расширеніи естественныхъ прободеній передней брюшной стѣнки—8% смертности; затѣмъ слѣдуютъ лапарокелифоэктомія, дающая 11% смертности; типическая лапаротомія при начавшейся элиминаціи плода черезъ переднюю брюшную стѣнку—25% смертности; лапарокелифотомія—34% смертности и, наконецъ, лапаротомія при начавшейся элиминаціи черезъ другіе органы, кромѣ передней брюшной стѣнки,—53% смертности.

*Элитротомія или кольпотомія.* Эта операція производится обыкновенно черезъ задній сводъ влагалища и пригодна для тѣхъ случаевъ, гдѣ плодъ достижимѣе всего съ этой стороны, послѣдъ же прикрѣпляется на передней брюшной стѣнкѣ, и тѣмъ становится рискованнымъ производство чревосѣченія. Неудобство этого способа, главнымъ образомъ, заключается въ тѣснотѣ поля операціи и потому непригодности его при вполнѣ доношенныхъ беременностяхъ. Дѣйствительно, изъ 11 относящихся сюда случаевъ операцій были:

| | | |
|---|---|---|
| вполнѣ доношенные плоды . . . | 3 | раза |
| почти доношенный плодъ . . . | 1 | разъ |
| семимѣсячный плодъ . . . . | 1 | „ |
| 3-хъ—6-ти мѣс. плоды . . . . | 6 | „ |

Мы видимъ, слѣдовательно, что операціи производились въ большинствѣ случаевъ, при недоношенныхъ и неспособныхъ къ внѣутробной жизни плодахъ.

Результаты этого рода операціи довольно благопріятны, такъ какъ 11 случаевъ дали только 2 смертельныхъ исхода, т. е. съ лишкомъ 18% смертности.

Мы видѣли, что элитротомія примѣнялась не разъ при внѣматочной беременности, какъ совершенно самостоятельная операція; но въ эту же категорію относятся также случаи, гдѣ помощь врача оказалась необходимою, какъ не-

самостоятельная операція, а какъ помощь естественному стремленію элиминаціи per vaginam остатковъ и всего плода, эти оперативныя пособія могутъ быть самыя разнообразныя, смотря по данному случаю, и, разумѣется, значительно улучшаютъ предсказанія для больной. Мнѣ извѣстенъ только одинъ подобный случай *vaginoextractionis*, произведенный успѣшно Freund'омъ.

*Rectoextractio.* Удаленіе плода черезъ rectum, какъ типическая операція, не существуетъ, и по понятнымъ затруднительнымъ для производства операціи анатомическимъ условіямъ и, главнымъ образомъ, по неприменимости при подобномъ оперированіи, не говоря уже о строгой антисептикѣ, даже самыхъ элементарныхъ требованій простой чистоты подобная операція и теоретически не имѣетъ никакого raison d'être. Пожалуй, и говорить бы объ этомъ не стоило, если бы въ литературѣ не существовало мнѣній, сравнительно недавнихъ, пропагандирующихъ мысли совершенно противоположныя. Укажу, ради примѣра, на Routh'а[331] и Barnes'а,[331] признававшихъ еще въ 1880 году пункцію per rectum самымъ лучшимъ способомъ опорожненія содержимаго плоднаго мѣшка внѣматочной беременности. При начавшейся уже естественной элиминаціи плода per rectum врачъ часто бываетъ поставленъ въ необходимость извлечь части плода per rectum: въ нашей таблицѣ имѣется 13 подобныхъ случаевъ, давшихъ 2 смертныхъ исхода.

*Непредвидѣнныя операціи.* Иногда внѣматочная беременность представляетъ въ періодѣ элиминація плода такія осложненія, которыя требуютъ производства операцій, направленныхъ не на плодный мѣшокъ съ его содержимымъ, а на другіе органы. Такъ, напр., 2 раза, въ случаяхъ Benham[28] и Bouzol'я [87], пришлось произвести colotomiam, въ первомъ случаѣ вслѣдствіе съуженія recti, вызваннаго элиминаціей костей per rectum, а во второмъ образованъ anus praeternaturalis по причинѣ выпаденія кишки и ущемленія ея въ фистулѣ живота. Обѣ операціи окончились выздоровленіемъ.

Къ разряду этихъ же операцій, производимыхъ при осложненіяхъ, относится также случай кесарскаго сѣченія при съуженіи таза, вызванномъ загражденіемъ родовыхъ путей окаменѣлымъ плодомъ, произведеннаго докт. Этлингеромъ[414c] въ 1852 году. Hine и Simonds[178] описали случай внѣматочной беременности, гдѣ пришлось, расширивъ предварительно пальцемъ urethram, удалить этимъ путемъ въ два сеанса кости 4-хъ-мѣс. плода изъ сообщавшейся съ мочевымъ пузыремъ полости плоднаго мѣшка; интересно въ этомъ случаѣ, что менструація происходила черезъ мочевой пузырь.

Въ заключеніе считаю умѣстнымъ сдѣлать общій выводъ относительно результатовъ, достигаемыхъ вообще оперативнымъ леченіемъ внѣматочной беременности послѣ смерти плода. Мы видѣли, что собственно-трубная беременность даетъ 73% смертности при естественномъ своемъ теченіи, а брюшная беременность—50% смертности, тогда какъ при оперативномъ леченіи 123 случая внѣматочной беременности дали 32 смертельныхъ исхода, т. е. всего 26, 5% смертности. Изъ этого, слѣдовательно, можно заключить, что оперативное леченіе внѣматочной беременности значительно понижаетъ процентъ смертности этого заболѣванія.

---

## Литература.

1. Ahlfeld. Demonstration einer über d. norm. Schw. dauernde Extrauterinschw. Arch f. Gynäk. 1878. Band XIV, p. 303.
2. Albu. Berl. klin. Wochenschr. 1875. № 12, p. 155.
3. Alderson. Brit. Med. Journ. 1884. Vol. I, p. 1208.
4. Allan. A. Case of tubal pregnancy. Dubl. Journ. of Med. Sc. Vol. 74. Dec. 1882, p. 509.
5. Anderson. Virchow und Hirsch's Jahresberichte. XIII. (1878) 1879, p. 591: XV, (1880) 1881. 2, p. 576.
6. Arnold. Bozemon. l. c.
7. J. Astruc. Traité des maladies des femmes. Paris 1765. Tome V. Liv. III. Chap. V, p. 98—126. Chap. III, p. 47—70.
8. Atkinson. New-York Med. Record. 1881. Vol. 19, p. 49.
9. Backer-Brown. Bull. thérapeutique 1866—26 févr. Triadou l. c.
10. Baker. Bost. med. and surg. Journ. July 12. 1877. Vol. 97.
11. Bandl. Handbuch der Allg. u. Speciell. Chirurgie. Pitha u Billroth. Band IV, Lieferung V.
12. Bandl. Die Extrauterin-Schwangerschaft. Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke. Lief. 59. Stuttgart 1886.
13. Baug. Virchow und Hirsch's Jahresbericht. (1877) 1878. XII, p. 581: a) случай I; b) случай II.
14. A. H. Barbour. The diagnosis of extrauterine pregnancy. Edinb. Med. Journ. Vol. 28. (1882) 1883. Part I, p. 220.

15. R. Barnes. A clinical history of the med. and surg. diseases of Women. London 1873. Chap. 36, p. 414—452.
16. R. Barnes. On the so-called „missed labour"... Transact. Obst. Soc. London. Vol. XXIII (1881) 1882, p. 81—100.
17. R. Barnes. Note on the so-called „lithopädion". Transact. Obs. Soc. London. Vol. XXIII (1881) 1882, p. 170.
18. Barnes. Transact. Obs. Soc. of London. 1878. Deschamps. Obs. XIX.
19. Batterbury. Brit. Med. Journ. 1879. II, p. 450.
20. Baudelocque, J. L. L'art des accouchemens. Paris 1789. Vol. II, p. 599—614.
21. Baumgarten. Uebereinen Fall von Extrauter. Schwangerschaft. Berlin 1883. Idem l. c. Sachs.
22. Bell. Edinb. Medic. Journ. 1881—1882. Vol. 27, p. 294—299.
23. Benham. Brit. med. Journ. 1876. Sept. 16.
24. Benicke. Zeitchr. f. Geb. und Gyn. Bd. I. 1876, p. 344.
25. Benicke. Zeitchr. f. Geb. und Gyn. 1878. Bd. IV, p. 276.
26. Bergwall. Virchow und Hirsch's Jahresber. XVI (1881) 1882. Bd. 2, p. 563.
27. Fanny Berlin. Bost. Med. and Surg. Journ. 1884. Sept. 11, p. 243.
28. Berry. Lancet 1883. I, p. 496.
29. Beisome. Gazetta med. de Torino. 1881. Revue de Chirurgie 1884.
30. Beaucamp. Ueber Tubovarialschwangerschaft. Zeitschr. für Geb. und Gynäk. Band X. 1884, p. 213—238.
31. Billington. Garrigues l. c. case VIII.
32. Billroth. Anzeiger d. K. K. Ges. d. Aerzte in Wien. 1880. № 16—Welponer und Zillner Arch f. Gyn. XIX. 1882.
33. Blix och Netzel. Virchow u. Hirsch's Jahresber. (1877) 1878. XII. II, p. 581.
34. Bode. Centrbl. f. Gyn. 1884. № 11, p. 173: a) случай I; b) случай II.

35. Bossi. Schmidt's Jahrb. 1868 Bd. 142, p. 57; 1878 Bd. 168, p. 159.
36. Boulton. Trans. Obst. Soc. London. Vol. XXI (1879) 1880, p. 117.
37. Bouzol. Lyon méd. 1884. Vol. LXVII, p. 517.
38. Boyland. Bost. med. and surg. Journ. CII, p. 593.
39. Bozeman. Extra-uterine pregnancy. New-York Med. Journ. Vol. 40. 1884, p. 689: a) case I; b) case II; c) case III.
40. Braithwaite. Brit. Med. Journ. 1884. I, p. 223: a) case I; b) case II.
41. Braxton-Hicks. Transact. Obst. Soc. Lond. Vol. 22. (1880) 1881, p. 141—153.
42. Breisky. Prag. Med. Woshenschr. 1885, № 23.
43. Brendel. Centralbl. f. Gyn. 1883, p. 649.
44. Briddon. Charles B. New-York Med. Record. 1883, Dec. 15.
45. Broese. Berl. Klin. Wochenschr. 1884. № 23, p. 362.
46. Brouardel. Signes et diagnostic de la Gross. extrauter. par F. Chayé. 1882, p. 92—93: a) случай I; b) случай II.
47. B. B. Browne. A contribution to the history of combined intra-uterine and extrauterine twin pregnancy. Transact. of. Amer. Gyn. Soc. Vol. VI. 1882.
48. Brun-du Bois-Noir. Progrès méd. 1883. XI. № 26, p. 511.
49. Bulteau. Gaz. hebdomad. 1882. Vol. 19. № 35, p. 581.
50. Burckhardt. Berl. klin. Wochenschr. 1881. № 47, p. 699.
51. Burney. New-York Med. Journ. 1878. March.
52. Burton. Transact. Obst. Soc. London. Vol. 23, p. 263.
53. Byford. Annal. de gynéc. Vol. XII, p. 30.
54. Byford. Amer. Journ. of Obst. Vol. XVIII. 1885, p. 417—421: a) case I; b) case II.
55. Campbell (Sibley). Amer. Journ. of. Obst. Vol. IX. 1876, p. 606.
56. Caraman. Lyon méd. 1882. № 28. Chayé l. c. p. 90.
57. Carter. Trans. Obs. Soc. London. XXII. 1880, p. 160—170: a) case I; b) case II.

58. Cattani (Porro). Ann. universali 1884. Vol. 267, p. 153.
59. Cazeaux. Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. 2-е изданіе 1844 года и 8-е изданіе 1870 года.
60. Chabert. Lyon. méd. 23 avril 1876.
61. Chalmers. Transact. Obst. Soc. London. XVIII. 1877, p. 67—82.
62. Championnière, J. Lucas. Compt. Rend. de l'Acad. des Sc. Paris. Vol. 98. 1884, p. 17. Bull. de Chirurgie 1884, X, p. 24: a) случай I; b) случай II.
63. Chapmann. New-York. Med. Journ. 1879. April.
64. Charpentier A. Des grossesses extra-utérines. Revue des scienc. méd. en France et à l'étranger d. par Hayem. Vol. IX. 1877, pp. 378—399, 767—780.
65. Chauvenet-Negri. Centralbl. f. Gyn. 1885 № 46.
66. F. Chayé. Signes ef diagnostic de la grossesse extra-utérine. Paris 1882: a) obs. p. 33; b) obs. I p. 80.
67. Chevalier. Lyon méd. Vol. 39. 1877, p. 46—56. Chayé l. c. p. 29.
68. Chiari. Wien. Med. Wochenschr. 1876 № 42, p. 1025.
69. Chiari. Anz. d. K. K. Ges. d. Aerzt. in Wien 1878 № 18, p. 89—91: a) 1-ый препаратъ; b) 2-ой препаратъ.
70. Child. The Lancet 1877, p. 600.
71. Cederschjöld. Virchow und Hirsch's Jahresbericht IX (1875) 1876, p. 596.
72. Cleveland. Amer. Journ. of Obst. 1878. XI, p. 371.
73. Cocks. New York Med. Record. 1885, p. 65.
74. Cohnstein. Beitrag zur Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. Archiv für Gynäk. Band XII. 1877, p. 355—382.
75. J. Collet y Gurgui. Die Ovarialschwangerschaft. Stuttgart. 1880.

76. Conradi. Virchow und Hirsch's Jahresber. XI (1876) 1877, p. 582.
77. Conrad und Langhans. Arch. f. Gynäk. Bd. IX. 1876, p. 337.
78. Creus y J. Mauso. Gaz. med. italiana 1879, № 28.
79. Czihak. Beitrag zur Lehre von d. Extrauterschw. Scanzoni's Beiträge zur Geb. u Gyn. Band IV. 1860, p. 72—167.
80. Dahlmann. Arch. f. Gynäcol. Band XV, Heft I. 1880.
81. Daly. Transact. Obst. Soc. London. Vol. XXIV (1881) 1882.
82. Davaine. Deschamps l. c. Obs. XIV.
83. Davidson. Lancet. 1881. Vol. II, p. 827.
84. Davie. Amer. Med. Bi-Wiekly. XII, 193.
85. Davis. New-York Med. Record. 1884. Vol. 25, p. 572.
86. Decaudin. Deschamps l. c. Obs. XVIII.
87. Denham. Dubl. Journ. of Med. Sc. Vol. LIX. 1875, p. 356.
88. De la Motte. Traité complet des accouchements. Paris. 1721. Chap. V, p. 19—33.
89. Depaul. Grossesse extrauterine-péritoneale. Archive de Tocologie 1874—1875. Vol. I—II.
90. Deschamps. Des divers modes de terminaison des grossesses extra-uterines et de leur traitement. Thése. Paris. 1880.
91. Deschamps. l. c. observ. LXX bis.
92. Dezeimeris. Journal des connaissances méd. et chir. Janv. 1837.
93. P. Dionis. Traité général des accouchemens. Paris 1718. Liv. I, chapitre VI, p. 91—93.
94. Doe. Bost. med. Journ. Vol. CXI 1884, p. 268; Vol. CX, p. 441.
95. Dönitz. Berl. Klin. Wochenschr. 1883, № 25.
96. Doran. Trans. Obst. Soc. Lond. XXI (1879) 1880, p. 169.
97. Dowar. Obst. Journ. Gr. Brit. Vol. VII. 1879.

98. Carolus Drelincurtius. De conceptione adversaria. Lugduni in Batavis. 1685.
99. Duer. Amer. Journ. of. Obst. April 1879, p. 364.
100. Dumontpallier. Annal. de Gynécol. Vol. IX. 1878, p. 2.
101. Duncan, M. Obst. Transact. London. (1881) 1882. Vol. 23, p. 263.
102. I. M. Duncan and I. Mason. St. Barth. Hosp. Rep. London. 1883. XIX, p. 27—44: a) case I; b) case II (idem Carter l. c. case I); c) case III; d) case IV.
103. Dunett-Spanton. Brit. med. Journ. 1884. Vol. I, p. 14—53.
104. Dresselhyis. Obst. Journ. of Gr. Brit and. Irel. Vol. III. 1875—1876.
105. Eastley. Edinb. med. Journ. 1876, p. 462.
106. Edis. Brit. Med. Journ. Vol I. 1885, p. 788.
107. Emerson. New-York Med. Journ. 1884. Vol. 39, p. 130.
108. B. Mc. E. Emmet. New-York Med. Journ. 1882. Vol. 35, p. 31.
109. Eneström. Jahresbr. Virchow und Hirsch's (1881) 1882. Bd. 2, p. 564.
110. I. H. Etheridge. New-York Med. Journ. Vol. 40. 1884, p. 706.
111. Chr. Fenger. Two cases of extraut. pregnancy. Obst. Amer. Journ. 1885. Vol. XVIII, p. 759; idem. l. c. Byford.
112. Féréol. Union méd. 1875, p. 143.
113. Fitz. Amer. Journ. of. Med. Scienc. January 1875.
114. Le Fort. Gazette des Hôpit 1882, p. 524.
115. Francis. Obst. Journ. of. Gr. Brit. 1880, p. 594.
116. Fränkel, Eugen. Arch. f. Gyn. 1878 Bd. XIII, p. 249: a) случай I; b) случай II.
117. Ernst Fränkel. Zur Diagnostik und operat. Behandlung der Tubenschw. Arch. f. Gyn. Bd. XIV. 1879, p. 197—220.

118. Ernst Fränkel. Diagnose und oper. Behandlung der Extrauterinschw. 1882. Volkmann's Samml. klin. Vorträge. № 217.
119. Eugen Fränkel (Martini). Arch. f. Gyn. 1880. Band. XVI, p. 298—311.
120. W. Al. Freund. Extrauterine gestation. Edinb. Med. Journal. Vol. XXIX, Part I (1883) 1884, p. p. 243—251, 397—405, 521—530. Idem. Arch. für Gynäk. 1884. Bd. 22, p. 113—120: a) A. case I; b) case II; c) case III; d) case IV; e) case V; f) case VI; g) case VI; h) case VIII; i) case IX; j) case X; k) case XI, l) case XII; m) B. case I; n) B. case II; o) B. case III.
121. Frisak. Jahresber. Virchow und Hirsch's. 1882. II, p. 542.
122. Frommel. Deutsch. Med. Wochenschr. 1884, № 7, p. 108.
123. Fulcher. Obst. Journ. of Gr. Brit. and Irel. Vol. VIII, 1880, p. 359, 592: a) case I; b) case II.
124. Gaillard Thomas. Sciatica probably caused by extra-ut er pregnancy. New-York Med. Journ. Vol. XXX. 1879, p. 525.
125. Gaillard Thomas. The history of six cases of abdominal pregnancy. The Amer. Journ. of Med. Scienc. Janv. 1879: a) case I; b) case II; c) case III; d) case IV; e) case V; f) case VI.
126. Gaillard Thomas. The history of twenty one cases of extra-uterine pregnancy coming under the personal observation of the writer. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. Vol. VII (1882) 1883, p. 219—242: a) case I; b) case II; c) case III; d) case IV; e) case V; f) case VI; g) case VII; h) case VIII; i) case IX; j) case X; k) case XI. Idem. l. c, Giberson: l) case XII; m) case XIII; n) case XIV; o) case XV. Idem. l. c. Burney: p) case XVI. Idem. l. c. Harrison: q) case XVII. Idem. l. c. Billington: r) case XVIII. Idem. l. c.

Lusk: s) case XIX. Idem. l. c. Bache Emmet: t) case XX; u) case XXI.

127. Gaillard Thomas. A further report upon extra-uterine pregnancy, embodying six cases. New-York Med. Journ. Vol. 40. 1884, p. 416: a) case I (Beach); b) case II (Cushier); c) case III; d) case IV—idem. l. c. Cocks; e) case V (Griswold and Jewett); f) case VI (Lambert, Barker).

128. Galabin. Trans. Obs. Soc. Lond. 1875.

129. Galabin. Transact. Obs. Soc. Lond. Vol. XXIII. (1881 1882, p. 141.

130. Galli. Schmidt's Jahrb. Band 178. 1878, p. 59—60.

131. Gannett. Bost. Med. and Surg. Journ. Vol. 108. 1883, p. 155.

132. H. J. Garrigues. Electricity in extra-uterine pregnancy. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. Vol. VII (1882) 1883, p. 184.

133. Gervis. Brit. med. Journ. 22 Dec. 1877.

134. C. H. Giberton. Schmidt's Jahrb. 1879. Bd. 182, p. 262.

135. Gilbert. Bost. med. and Surg. Journ. 1877. Vol. 96, p. 284.

136. Gilbert. Bost. Med. and Surg. Journ. Vol. 109. 1883, p. 530.

137. Godson (Barton). Transact. Obst. Soc. London. Vol. 22, p. 2.

138. Godson. Trans. Obst. Soc. London. Vol. 22, p. 186.

139. Godson. Transact. Obst. Soc. Lond. Vol. 23, p. 109.

140. Goelet. New-York Med. Record. Vol. 14. 1878, p. 305.

141. Goodell (Graham). Amer. Journ. of Obstetric. Vol. XII. 1879, p. 376.

142. Goodell. A case of laparotomy for extra-uterine fetation. Amer. Journ. of Obstetric. Vol. XIV. 1881, p. 128—135, 898—900: a) case I—idem Perkins; b) case II—idem l. c.—Duer; c) case III—Henry; d) case IV—idem Goodell (Graham) l. c.; e) case V—Bernardy;

f) case VI, p. 132; g) case VII—idem New-York Med. Record 1882; h) case VIII; i) case IX, p. 898.
143. G o o d e l l. Transact. Amer. Gyn. Soc. Vol. VII (1882) 1883, p.p. 237—240: a) case IX; b) case X; c) case XI; d) case XII; e) case XIII.
144. G o t t s c h a l k. Centralbl. f. Gyn. 1885, № 22.
145. G u i c h a r d. Ann. de Gynéc. 1881. XV, p. 199—205.
146. G u s s e r o w. Zur Behandlung der Bauchhöhlenschwangerschaft. Arch. f. Gynäk. Bd. XII 1877.
147. G u s s e r o w. Charité Annalen. VII. 1882, p. 668. Idem H u g o K l a u l. c.
148. I. G r a h a m. Amer. Journ. of Obst. 1879. Vol. XII, p. 378—381: a) case I; b) case II.
149. G r a y. The Lancet 1879. Vol. I, p. 349.
150. G r e e n. Amer. Journ. of Obstet. Vol. IX. 1876, p. 90.
151. G r i s w o l d. Amer. Journ. of Obst. 1883. Vol. XVI, p. 194.
152. G r o e d e l. Arch. f. Gyn. Bd. XIX, p. 233.
153. H a b g o o d. Brit. med. Journ. 1883. I, p. 250.
154. H a l l D a v i s. Lancet 1877. Vol. II, p. 48.
155. H a n c o c k e W a t h e n. Med. Times and. Gazette. 1877. Vol. I, p. 641.
156. H a r r i s o n. Amer. Journ. of Obst. 1885, p. 406.
157. H a r r i s o n. Amer. Journ. of Obst. 1878, p. 810, XI.
158. H a r t i g a n. Amer. Journ. of med. Scien. Vol. 84. 1882, p. 77.
159. H a r t m a n n (G u s s e r o w). Charité Annalen. V (1878) 1880, p. 667.
160. H a s s l e r. New-York Med. Journ. Vol. 33, p. 423.
161. H a y e m. Arch. de Tocol. 1882. Août, p. 481.
162. H a y e s. Trans. Obst. Soc. Lond. 1878. Jun. 5.
163. I. M. H e a r d. New-York Med. Journ. 1882. Vol. XXXV, p. 480.
164. H e c k e r. Beiträge zur Lehre von der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle. Monatschr. f. Geburtsk. Bd. 13. 1859, p. 81.

165. Hegar. Schmid's Iahrb. 1880. Band 187, p. 189.
166. Heim. Erfahr. und Bemerk. über die Schw. ausserhalb der Gebärmutter. Horn's Archiv f. mediz. Erfahrung. 1812, I.
167. Heinecken. Ueber Extrauterinschwangerschaft mit Berücksichtigung eines Falles von Laparotomie bei Graviditas ovaria. Halle. 1881.
168. Henderson. Amer. Journ. of Obst. Vol. XII. 1879, p. 380.
169. C. Hennig. Die Krankheiten der Eileiter und die Tubenschwangerschaft. Stuttgart. 1876.
170. Herff. New-Orl. Med. and Surg. Journ. VIII, p. 147.
171. Heywood Smith. Trans. Obs. Soc. London. Vol. XX (1878) 1879, p. 5.
172. Hildreth. Bost. Med. Journ. 1877, № 19.
173. Hine and Symonds. Lancet. 1883. I, p. 405.
174. Hinkle. Virchow und Hirsch's Jahresber. XIV (1879) 1880.
175. I. T. Hodgson. Arch. de Tocologie. II. 1875, p. 184.
176. Hofmeier. Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Zeitschr. für Geb. und Gyn. Band. V. 1880, p. 120.
177. Holz. Berl. klin. Wochenschr. 1883. № 5, p. 74.
178. Howitz. Virchow und Hirsch's Jahresbr. 1882. Bd. II, p. 542.
179. Howitz. Centbl. f. Gynäk. 1885. № 35: a) случай I; b) случай II.
180. Hueppe. Die Bedingungen der Ovarial und Abdominalschwangerschaft. Inaug-Diss. Berlin. 1876.
181. Hull. Amer. Obst. Journ. 1883. Vol. XVI, p. 847.
182. Hun. Amer. Journ. of med. scien. Vol. CLXXV. 1884, p. 98.
183. Hunter. Amer. Journ. of Obst. XVI. 1883, p. 194.
184. Jonathan Hutchinson. Report on the treatment of cases of extra-uterine foetation extending beyond the

full period of pregnancy. Medical Times and Gazette. July 21, 1860. Vol. II, pp. 56, 707, 105, 132.

185. Inez-Gachès Sarraute. Arch. de tocol. 1885, p. 237.

186. E. Jacoby. Virchow und Hirsch's Jahresbr. XIX (1884) 1885. Band. II, p. 642.

187. Janvrin. Amer. Journ. of Obst. 1874, p. 432.

188. Janvrin. Amer. Obst. Journ. Vol. XVIII. 1885.

189. Jaquet. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. I. 1876, p. 615; idem. Berl. Klin. Wochenschr. 1875, p. 434: a) случай I; b) случай II; c) случай III.

190. Jessop. Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XVIII, p. 261.

191. Kaltenbach. Arch. f. Gyn. XVIII, p. 473.

192. Keller. Des grossesses extrauterines et plus specialement de leur traitement par la gastrotomie. Thése. Paris. 1872.

193. Ф. А. Кивишъ. Руководство женскихъ болѣзней. Переводъ. Спб. 1857. Часть II, стр. 213—268.

194. Kirkley. Amer. Journ. of Obstet. 1885. Vol. XVIII, p. 160—162.

195. Kjönik. Virchow und Hirsch's Jahresbr. (1878) 1879, XIII. Bd. II, p. 590.

196. H. Klau. Ueber die Therapie bei Extrauterinschwangershaften. Ing-Diss. Berlin. 1881.

197. Kleinwächter. Tubarschwangerschaft. Real-Encyclopädie von Eulenburg. Bd. XIV, p. 92.

198. Knowsley-Thornton. Trans. Obst. Soc. Lond. Vol. 24. 1882, p. 81—300.

199. Kochmann. All. Med. Central. Zeit. 1883. № 32.

200. König. Wien. med. Presse. 1883. № 15, p. 472.

201. Küchenmeister. Ueber Lithopädien. Arch. f. Gynäk. Bd. XVII 1881, p. 153—252.

202. Lamy. Arch. de Tocol. 1877, p. 244.

203. Landau. Arch. f. Gynäkol. 1880. Band. XVI, p. 436.

204. Landau. Berl. Klin. Wochen. 1884. № 14, p. 219. Deutsch. Med. Woch. 1884. № 12, p. 187.
205. H. G. Landis. The cure of extraut. foet. by Electricity. Med. Times and Gazette 1885. Vol. II, p. 850.
206. Lange. Berl. klin. Wochenschrift. 1885. № 29: a) случай I; b) случай II.
207. Laroyenne. Lyon médic. 1885. № 1, vol. XLVIII.
208. Laupus. Virchow und Hirsch's Jahresb. 1876, II, p. 581.
209. Lawson Tait. Obst. Journ. of Gr. Brit. and Jrel. Vol. VIII, 1880, p. 202.
210. Lawson Tait. Obst. Journ. of Gr. Brit. Vol. VIII, p. 577.
211. Lawson Tait. The Lancet. 1880. Sept., p. 456.
212. Lawson Tait. Five cases of extrauterine pregnancy operated upon at the time of rupture. Brit. Med. Journ. 1884. Vol. I, p. 1250: a) case I; b) case II; c) case III; d) case IV; e) case V.
213. Lawson Tait. The pathology and treatment of extra-uterine pregnancy. Brit. Med. Journ. 1884. Vol. II, p. 317—319.
214. Sydney Jones (for Lawson Tait). Transact. Obst. Soc. London. Vol. XXVI. (1884) 1885, p. 268.
215. Lawson Tait. Three cases of tubal pregnancy successfully operated on at the period of rupture. Brit. Med. Journ. 18 April 1885: a) case VII; b) case VIII; c) case IX.
216. Lawson Tait. The Brit. Gynaec. Journ. 1885. Part. II, p. 178: a) case X; b) case XI.
217. Legendre. Progrès Méd. IX. 1881, p. 404.
218. Angello Leite. Deschamps LX.
219. Leopold. Arch. f. Gynäc. 1876. Bd. X, p. 248.
220. Leopold. Zur Lehre v. d. Grav. interstitialis. Arch. f. Gyn. 1878. Bd. XIII, p. 355.
221. Leopold. Ovarialschwangerschaft. Arch. f. Gyn. 1882. XIX.

222. Leuf. New York Med. Journ. Vol. 40. 1884, p. 438.
223. André Levret. L'art des accouchemens. Paris. 1761.
224. Litzmann. Zur Feststellung der Jndicationen für die Gastrotomie. Arch. f. Gyn. Bd. XVI. 1880, p. 398—401: a) случай р. 336; b) случай I; c) случай II.
225. Litzmann. Gastrotomie bei Tubenschwangerschaft u. s. w. Arch. f. Gyn. 1881. Band. XVIII, p. 1—13. Werth. Bericht über das anatomische Ergebniss u. s. w. Ibidem, p. 14.
226. Litzmann. Nachträgliche Exstirpation eines tub. Fruchtsackes. Arch. f. Gyn. Band XIX. 1882, p. 96—105.
227. Löhlein-Hofmeier. Berl. klin. Woch. 1880. № 51, p. 733; Zeitsch. f. Geb. und Gyn. Bd. X, 1884, p. 430.
228. Lorentzen. Virchow und Hirsch's Jahresber. XVI. (1881) 1882. Bd. II, p. 564.
229. Lovring and Landis. Annal. de Gynéc. Vol. XII, p. 320 (Ohio med. and surg. Journ. Oct. 1877).
230. Lowe. Brit. Med. Journ. 1878. Vol. I, p. 535.
231. Lowe. Brit. med. Journ. 1885. Part I, p. 541.
232. Lusk. The treatment of extrauterine gestation. Amer. Journ. of. Obst. 1881. Vol. XIV, p. 329. Case p. 333, idem G. Thomas l. c.
233. Lusk. Amer. Journ. of Obst. Vol. XVIII. 1885, p. 851.
234. Lustgarten. Wien. Med. Presse. 1879, p. 578.
235. A. Macdonald. Amer. Obst. Journ. 1878, p. 515.
236. A. Macdonald. Record of two cases of extrauterine pregnancy. Edinb. Med. Journ. 1884. Vol. XXIX. Part. II, p. 697—705: a) case I; b) case II.
237. Macdougall. Edinb. Med. Journ. July 1876.
238. Maccabruni. Annali univ. di Med. 1883. Vol. 263, p. 122.
239. Maere. Observation de grossesse tubaire. Annal. de la Soc. de Med. de Gand. Vol. 61. 1883, p. 106—145.
240. M. D. Mann. Extrauterine pregnancy. New-York.

Med. Journ. Vol. 41. 1885, p. 308—309: a) case I; b) case II; c) case III; d) case IV.
241. Mansell-Moullin. Trans. Obs. London. Vol. 25. (1883) 1884, p. 103.
242. Marc. Dictionnaire des sciences med. Paris. Tome 19. 1817. Art. „Grossesse".
243. Marion. Bost. Med. and Surg. Journ. 1878. XCVIII, p. 608.
244. Martin and Tinker. Bost. Med. and Surg. Journ. 1876. May.
245. Martin. Ein d. Laparotomie entferntes Lithopädion. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1878. Bd. III, Heft 2, p. 398.
246. Martin. Berl. Klin. Wochenschr. 1879. № 19, p. 780.
247. Martin. Ueber Extrauterinschwangerschaft. Berl. Klin. Wochenschr. 1881. №№ 51—52: a) случай VI; b) случай VII.
248. Martin. On the the operative treatment of Extraut. pregnancy. Transact. International Med. Congress. Lond. 1881, p. 333.
249. Martin. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 11, p. 169.
250. Martin. Centralbl. f. Gyn. 1886. № 1.
251. Maschka. Wien. Med. Wochenschr. 1885, № 42.
252. Mathieson. Transact. Obst. Soc. London. Vol. 26. 1885.
253. Mattei. Des divers modes de terminaison des grossesses extrautérines et de leur traitement. Gazette des Hôpit. 1868. № 108.
254. Maury. New-York Med. Journ. 1884. Vol. 40, p. 417.
255. Maygrier. Annal. de Gynéc. 1879. Juillet.
256. Mc. Collom. Centralbl. f. Gyn. 1878, p. 511.
257. Meadows. Transact. Obs. Soc. of London. Vol. 18 (for 1876) 1877, p. 258.
258. Meadows. Transact. Obs. Soc. London. Vol. 25 (1883) 1884, p. 232.
259. Messner. Annal. de Gynéc. 1879, p. 33.
260. Michie. Brit. Med. Journ. 1884. Vol. I, p. 715.

261. Monnier. Progrès Méd. XII. 1884, p. 1010.
262. Montgomery. New-York Med. Journ. 1884. Vol. 40, p. 588.
263. Moreau. Des grossesses extrautérines. Thèse. Paris. 1853.
264. Mossé. Ann. de gynéc. 1878. Vol. IX, p. 447.
265. Möricke. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1882. Bd. VII, p. 226.
266. Mundé. New-York Med. Record. Vol. XXVI. 14 Sept. 1884.
267. Mühsam. Berl. klin. Wochen. 24 März 1875.
268. Müller. Charité Annalen. II. (1875) 1877, p. 392: a) случай I; b) случай II; c) случай III; d) случай IV; e) случай V.
269. Negri. Annali di ostetrica. 1885. Centrbl. f. Gyn. 1885, № 31.
270. Netzel. Virchow's Jahresber. (1878) 1879. XIII. Bd. II, p. 592.
271. Netzel. Virchow's Jehresber. XV (1880) 1881. II, p. 575.
272. Netzel. Centralbl. f. Gyn., p. 349.
273. Netzel. Virchow und Hirsch's Jahresber. XVII (1882) 1883. 2, p. 542.
274. Neumeister. Breslau. Ärztlich. Zeitschr. 1879. I, p. 164, № 16.
275. Neustadl. Schmidt's Jahrb. Bd. 182. 1879, p. 264.
276. Newman. Bozeman. l. c., p. 583.
277. Nicolini (Porro). Ann. universali. 1882. Vol. 259, p. 193.
278. Nicoll. New-York Med. Journ. Vol. 33. 1881.
279. Nicoll (Thomas). Amer. Journ. Obst. Vol. XVIII. 1885, p. 408.
280. Noeggerath. New-York Med. Journ. Vol. 33, p. 692.
281. Nonnig. Beitrag zur Casuistik der Extrauter. Schwang. Diss. Berlin. 1880.

282. Notta Maurice. Progrès méd. XII. 1884, p. 377.
283. Obaliński. Przegląd lekarski. Rok XXVI, 1885, № 25.
284. Oettinger. Progrès méd. 1884. XII. № 10, p. 196.
285. O'Hara. Amer. Journ. of obstet. 1878. Vol. XI, p. 825.
286. Oidtmann. Centralbl. f. Gyn. 1885, № 47.
287. J. G. Orton. New-York Med. Journ. 1884. Vol. 40, p. 582.
288. Osiander. Lehrbuch der Hebammenkunst. 1796, p. 211.
289. Otto. Arch. f. Gynäk. 1884. Bd. 23, p. 474. Beumer u. Peiper. Mitth. aus d. geb. Klinik. zu Greifswald.
290. Paget. Brit. med. Journ. 1882.
291. M. A. Pallen. Amer. Journ. of Obst. XIII. 1880, p. 502.
292. Parish. Amer. Journ. of Obstet. Vol. 16. 1883, p. 1207.
293. Park. New-York Med. Record. Vol. 26. 1884, p. 224.
294. J. S. Parry. Extra-uterine pregnancy. Philadelphia. 1876.
295. Paschal. „Врачебн. Вѣдомости". 1882, № 539.
296. Pepper. Schmidt's Jahrb. 1879. Bd. 182, p. 265.
297. Percival. Obst. Journ. of Gr. Brit. Vol. VIII, p. 661.
298. Antoine Petit. Parry l. c., p. 91.
299. Phillipard. Gaz. des Hôpit. 1865. № 107, p. 427. Gaz. des Hôpit. 1884, № 26.
300. Pinard. Gazette des Hôp. 1884, p. 174.
301. Poincarré. Arch. de Tocol. 1878, p. 667.
302. Polaillon. Arch. de Tocol. 1875, p. 312.
303. Polatschek. Schmidt's Jahrbuch. 1879. Bd. 182, p. 264.
304. Priestley. Trans. Obst. Soc. Lond. XXI, p. 24.
305. Jac. Primerosii. De mulierum morbis. 1655.
306. Puech. Courty Traité pratique des mal. de l'utérus. 1866, p. 993.
307. Puech. Grossesse de l'ovaire, Annal. de Gynéc. Vol. X. 1878. Juillet.

308. Puech. Du traitement des Gross. extrautérines. Annal. de Gynéc. Vol. XII, p. 16.
309. Puech. De la répétition des grossesses extra-utérines. Gazette Obstétric. Paris. 1879. VIII, p. 321.
310. Purefoy. Dublin. Journ med. sc. 1877, p. 362. Deschamps. l. c. Obs. LXXVIII.
311. Rainaldi. Amer. Obst. Journ. 1883. Vol. 16, p. 208.
312. Rampin. Lyon médical. 1877. Vol. 26, p. 466.
313. Rasch. Transact. Obs. Soc. London. (1883) 1884. Vol. XXV.
314. Rathgeb. Ein Fall v. Grav. interstitialis. Diss. München. 1884. Centralbl. f. Gyn. 1885, № 1.
315. Reeve. Trans. Amer. Gyn. Soc. Vol. IV. 1879. p. 313.
316. Reid (Patterson). Obst. Journ. of Gr. Brit. Vol. VIII, p. 85.
317. Rennert. Extrauterinschw. im fünft. Monate. Tödtung des Fötus mittels Morphiuminj. Arch. f. Gynaekol. 1884. Band 24, p. 226.
318. Ribemont. Annal. de Gynéc. Juillet 1879.
319. Ribot. Arch. de Tocol. 1877, p. 244.
320. Joannis Riolani Filii. Opera. 1611. Anatome. De partibus genitalibus mulierum. Cap. 27—37, p. 537.
321. C. H. Roberts. Brit. Med. Journ. 1882. II, p. 736.
322. Rockwell. New-York Med. Record. XXIII. 1883: a) case V; b) case VI; c) case VII.
323. Rockwell. Galvanism. New-York Med. Record. 1884. Vol. XXVI, p. 392.
324. Roesseler. Berl. Klin. Wochenschr. 1877. № 3, p. 37.
325. Romiti. Centralbl. f. Gyn. 1882. № 37.
326. Rosenthal (Gusserow). Charité-Annalen. IX. 1884, p. 349.
327. Ross. Bozeman l. c.
328. De Rosset. Browne. l. c., case XVI.
329. Rousseau. Deschamps. l. c. Obs. CVII.
330. Fran. Rousseti. Foetus vivi ex matre vivasine alterutrius vitae periculo caesura. Basiliae. 1581. p. 177.

331. Routh. On a case of extrauterine pregnancy. Transact. Obs. Soc. London. Vol. XXI. (1879) 1880, p. 93—112.
332. Rutledge. Amer. Journ. of Obst. Vol XVIII. Nov. 1885, p. 1135—1145.
333. Sachs. Ueber die Indication zur Laparotomie bei Extrauterinschwanherschaft. Jnaug. Diss. Berlin. 1881.
334. Salin. Virchow und Hirsch's. Jahresbr. 1882.
335. Sappey. Gazette des Hôpit. 1883. № 102.
336. Th. Savage. Brit. med. Journ. 1885, p. 217 — 218: a) case I; b) case II; c) case III.
337. Schade. Schmidt's Jahrbücher Bd. 182. 1879, p. 251.
338. Schlesinger. Wien. med. Presse. 1876. № 33.
339. Schmidt. Deutsch. Med. Wochen. 1884. № 51.
340. Schoonover. Amer. Journ. of Obst. Vol. XVIII. 1885, p. 1198.
341. Schreyer. Monatschr. f. Geburtskunde 1869. Bd. XIV, p. 283—297.
342. Schröder. Lehrbuch der Geburtshülfe. Bonn. 1872. Русск. перев. 1881 года. Bonn. 1884, p. 436.
343. Schröder. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 24: a) случай I; b) случай II; c) случай III.
344. Schröder. Hofmeier. Sitz. 10 April d. Ges d. Geb. u. Gyn. 1885. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1886. Band. XII, p. 192.
345. Schuchardt. Ueber intraligamentäre Tubenschwangerschaft. Virchow's Arch. Bd. 89, p. 1.
346. Schwartz. Virchow's Jahresber. IX. (1875) 1876, p. 596.
347. J. Sibbald. New-York Med. Journ. 1884. Vol 40, p 589.
348. Siebold. Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe. Band II. Berlin. 1845, p. 91.
349. Siegenbeck van Heuhelon. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 50.
350. Simpson. Edinb. Med. Journ. 1877, p. 645: a) case I; b) case II; c) case III.

351. Skinner. Progrès méd. Vol. XII. 1884, p. 549.
352. Smellie Will. A treatise on the theory and practice of midwifery. London. 1752.
353. Smith. (Haywood). Transact. Obs. Soc. Lond. Vol. 25. p. 107.
354. Southal. Ann. de Gynéc. 1879, p. 33.
355. Spencer T. Smyth. Brit. med. Journ. 1879. II, p. 615.
356. Spiegelberg. Zur Casuistik der Ovarialschw. Arch. f. Gynäk. Bd. XIII, p. 73.
357. Squibb. Bozeman l. c.
358. Squire. Tubal pregnancy. New-York Med. Journ. Vol. 41. 1885, p. 165.
359. Stadthagen. Deschamps l. c. Obs. XX.
360. Steele. Brit. Med. Journ. 1882. Nov. 18.
361. Stickl. Smidt's Jahrb. 1879. Bd. 182, p. 251.
362. Stolz. Nouveau dictionnaire de Méd. et de Chir. pratiques. Vol. XVII. 1875. Art. Grossesse, p. 107—132.
363. Storer. Transact. Amer. Gyn. Soc. Vol III. (1878) 1879.
364. Talbot Jones. Amer. Journ. of Med. Sc. April 1879, p. 436.
365. Taylor. Amer. Journ. of Obst. 1883. Vol. XVI, p. 194.
366. H. Terry. Bost. Med. and Surg. Journ. Vol. CX. 1884, p. 37.
367. Teuffel. Arch. f. Gyn. Bd. 22, p. 57.
368. C. H. Thatcher. Edinb. Med. Journ. 1882. Vol. 28. I, p. 300.
369. Thissen. Berl. klin. Wochenschr. 1884. № 8.
370. Chos. H. Thomas. Amer. Journ. Obst. XVI. 1881, p. 899.
371. Thornton. Knowsley. Lancet. 1879. Nov. 15.
372. Triadou. Des grossesses extrautérines. Thèse. Montpellier. 1866.
373. Ullman. Virchow und Hirsch's Jahresbr. (1883) 1884. Bd. 2, p. 591.
374. Underhill. A case of abdominal section in the XVI

century. Edinb. Med. Journ. Vol. XXVII Part I (1881) 1882, p. 80—85.
375. Vedeler und Normann. Centralbl. f. Gyn. 1881, p. 224.
376. Veit. Zeitschr f. Prakt. Med. 1878. № 49.
377. J. Veit. Die Eileiterschwangerschaft. 1884: a) pag. 6; b) pag. 20; c) pag. 26; d) pag. 28; e) pag. 32. случай I; f) pag. 32, случай II.
378. Veit. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 50; a) случай I; b. случай Левандовскаго.
379. Alf. Velpeau. Traité complet de l'art des accouchemens. Paris. 1835. Tome I, p. 213—238.
380. H. J. K. Vines. Brit. Med. Journ. 1883, 355.
381. Virchow. Charité Annalen. II. (1875) 1877, p. 726.
382. Vulliet. Ueber einen Fall von Tubo-Ovarialcysten. Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 1884. Bd. 22, p. 428.
383. Waitz. Deutsch. Med. Wochenschr. 1884. № 34, p. 554.
384. Wallace. Liverpool. M.-Chir. Journ. 1882. II, 261—264.
385. Wallis. Brit. Med. Journ. 1881. I, p. 847.
386. Ward (Gail. Thomas). New-York Med. Journ. 1884, p. 362.
387. Warner. Americ. Journ. of Obstetr. Vol. XVI. 1883, p. 193.
388. Wasseige. Nouv. Archives d'obstét. et de gynéc. 1886. № 1. Répertoire. №№ 1 et 2, p. 28.
389. Weinlechner. Wien. Med. Blätter. 1885. № 11.
390. Weiss. Deschamps l. c. Obs. LXX.
391. Werth. Die operative Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Arch. f. Gynäk. Bd. XXIV. 1884, p. 329.
392. Westermark. Successfull operation in tubal pregnancy. Lancet. 1885. Vol. II, № 7, p. 302.
393. Wellington. Bost. Med. and Surg. Journ. Vol. 101. 1879. Oct. 30, p. 624.

394. J. P. White. Transact. Amer. Gyn. Soc. (1878) 1879. Vol. III, p. 101.
395. Wheeler. Lancet. 1880. July 31.
396. Windriff. Deschamps. l. c. Obs. LVII.
397. J. E. Winters. New-York Med. Journ. Vol. 39. 1884, p. 130.
398. Williams. Amer. Journ. of Obst. Vol. XII. 1879, p. 330.
399. Wilson. Brit. Med. Journ. 1875, p. 746. Deschamps. l. c. Obs. XVI.
400. W. Wilson. Edinb. Med. Journ. Vol. 26. Part I. (1880) 1881, p. 429—433.
401. Wilson. Amer. Journ. of Obst. 1880. Vol. XIII, p. 821. Idem. Browne l. c. case XXIV.
402. Witten. Brit. Med. Journ. 1880, p. 922.
403. A. Wysin. Wien med. Presse. 1879. № 18.
404. Young. Amer. Journ. Med. Scienc. LXXIX, p. 442.
405. Ziembicki. Deschamcs l. c. Obs. LXVIII.
406. Агафоновъ. Медицинскій отчетъ акушерской клиники проф. К. Ф. Славянскаго при Император. военно-мед. акад. въ Спб. 1885, стр. 19—22.
407. В. Аѳанасьевъ. Журналъ для норм. и патол. гистологіи и т. д. 1872. Томъ V, стр. 188: „Къ ученію о внѣматочномъ передвиженіи женскаго яичка“.
408. Биддеръ. Медиц. отчетъ СПБ. родовспом. заведенія вѣд. учреж. Импер. Маріи за 1877—1880 годы. Спб. 1883, стр. 5—8.
409. Богаевскій. „Хирург. Вѣстникъ“. 1885 г., стр. 498.
410. А. Василевъ. „Русск. Медицина“. 1885, № 37.
411. Wiedemann. St. Petersb. Med. Wochenschr. 1885 № 10.
412. Horwitz. „St. Petersb. Med. Zeitschr.“ Bd. XV 1869, p. 361.
413. Горвицъ. О неукротимой рвотѣ беременныхъ. Спб 1882, стр. 55—57.

414. Гугенбергеръ. Отчетъ Спб. повив. инстит. Спб. 1863: a) стр. 3; b) стр. 5; c) стр. 129.
415. Еджубовъ. Протоколъ Имп. кавк. мед. общ. 16-го ноября 1881 года № 10.
416. Живописцевъ. „Медицинск. Обозрѣніе“. 1883, октябрь, стр. 482.
417. Земацкій и Котельниковъ. Вливаніе соляного раствора въ вены и т. д. „Врачъ“. 1885, № 33.
418. Змигродскій. Къ вопросу о чревосѣченіи при внѣматочн. бер.—Проток. и труды русск. хирург. общ. Пирогова за 1884 и 1885 гг. III. 1885, стр. 78.
419. Кузнецкій. Дневн. казанск. общ. врач. 1884. №№ 3—5: a) случай I; b) случай II.
420. Китеръ. Критическій обзоръ трудовъ по части акушерской науки въ послѣднія 15 лѣтъ. „Записки по части врач. наукъ“ СПБ. 1849. VII, кн. IV, стр. 119.
421. Крассовскій. Оперативное акушерство, изд. 1879 и 1885 годовъ.
422. Крассовскій. Внѣматочная беременность вѣроятно трубно-яичниковая. „Врачъ“ 1882, № 24.
423. Kupffer. De graviditate ovarii. Diss. Dorpat. 1822.
424. Крассовскій. Мед. отчетъ СПБ. родовсп. заведенія (за 1873—1876). 1880 г., стр. 6.
425. Лазаревичъ. Курсъ акушерства 1879, стр. 399. Масалитиновъ. „Врачъ“ 1886, № 6.
426. Ławicki. Dissertatio inaug. chir. practica. De Laparotomia. 1828. Vilnae, p. 7—11.
427. Lieven. St Petersb. Med. Wochenschr. 1876, № 18, p. 7.
428. Я. И. Малининъ. Проток. кавказ. мед. общ. за 1873—74 годъ. X, 1874, стр. 263.
429. Масалитиновъ. Случай срочной внѣм. беремен. чревосѣченіе съ благопр. исходомъ и т. д. „Врачъ“ 1886 г., №№ 3, 4, 6.
430. Masing. St. Petersb. Med. Wochenschr. 1876, № 19, p. 5.
431. Муратовъ. „Мед. Обозрѣніе“. 1885, № 1.

432. Оленинъ. Случай трубной беременности. Проток. тамб мед. общ. 1882, № 5, стр. 6.
433. Оленинъ. Случай трубной беременности. „Русская Медицина". 1886. № 11, стр. 195.
434. Патенко. Къ ученію о внѣм. беременности. Graviditas ovarialis. Приложеніе къ проток. конференціи медико-хирург. академіи. 1878.
435. Поповъ. „Врачъ" 1881 года, № 47.
436. Пружанская. „Медиц. Обозрѣн." 1885, томъ 23, № 7, стр. 689—693.
437. Rackiewicz. „Gazeta lekarska". 1876, № 8, p. 121.
438. Сапожниковъ. „Медиц. Обозрѣн." 1883, февраль, стр. 224.
439. Славянскій. Къ вопросу о ростѣ и созрѣваніи граафов. пуз. во время беременности. „Мед. Вѣстникъ" 1877, №№ 31—33.
440. Славянскій. Чревосѣченіе при внѣм. бер. 1884. „Русск. Медицина" №№ 41—43. 1884 года. Отдѣльный оттискъ: a) стр. 3—9; b) стр. 12; c) стр. 17.
441. Смоленскій. Мед. отчетъ СПб. родов. завед. (1877—1880). 1883, стр. 270—272.
442. Собольщиковъ. Беременность внѣ матки. „Военно-Медиц. Журналъ" 1854 года, часть LXIV, отд. IX, Смѣсь, стр. 49—57. Idem. Diss. Observat. rariss. graviditatis tubariae casus exhibens. Petropoli. 1855.
443. Суворцевъ. Къ казуист. внѣм. бер. „Мед. Обозр." 1885, стр. 677.
444. Сутугинъ. Къ казуистикѣ внѣм. бер. „Мед. Вѣстникъ" 1876 г., №№ 22, 23.
445. Сутугинъ. Къ вопросу о способахъ производства и о показаніяхъ къ чревосѣченію. „Врачъ" 1884, №№ 25—26.
446. И. М. Тарновскій. Медиц. отчетъ родовспом. заведенія Имп. Спб. воспит. дома за 1873 годъ. Спб. 1874, стр. 3—5.
447. Tarnowsky. „St.-Petersb. Med. Woch." 1878. III, 39.
448. Толочиновъ. Нѣсколько случ. внѣм. берем. „Мед.

Вѣстникъ“ 1877 года, №№ 41—45: a) случай I; b) случай II; c) случай III; d) случай IV.
449. Н. Феноменовъ. Къ ученію о лапаротоміи при внѣм. беременности. „Врачъ“ 1881, № 44.
450. Финкель. „Врачебн. Вѣдом.“ 1877, № 23, стр. 2.
451. Цвирко. „Медиц. Обозр.“ 1882. Іюнь, стр. 204.
452. Czaplicki. „Medycyna“ 1884, p. 102.
453. Шмидтъ. Къ вопросу о распознаваніи внѣм. берем. „Мед. Вѣстникъ“ 1877, №№ 16—18: a) случай I; b) случай II.
454. Юзефовичъ. Къ казуистикѣ діагностическихъ ошибокъ во время беременности. Случай gravid. extraut. (tubariae dextrae). „Военно-Медицинскій Журналъ“ 1876 года. Часть 127, III, стр. 309.
455. Prof. Dr. v. Bujalsky. Anat.-path. Untersuchung einer grav. extrauterina. Medicinische Zeitung Russlands. 1844. pag. 100 *).
456. Thielmann. Graviditas extrauterina Medicinische Zeitung Russlands. 1846. № 37, pag. 292**).

---

*) Случай яичниковой беременности. Произведена проф. Буяльскимъ *первая* (насколько мнѣ извѣстно) *въ Россіи лапаротомія* при внѣматочной беременности.

**) Описаніе случая внѣматочной беременности, наблюдавшагося врачами Русаковымъ и Щукинымъ въ Городищенскомъ уѣздѣ Пензенской губерніи: Крестьянка деревни Ручима, Матрена Дементьева, 35 лѣтъ, забеременѣла въ 14 разъ (внѣматочно). Послѣ срочн. ложн. родовъ и смерти доношеннаго ребенка, наступила элиминація плода чрезъ брюшн. стѣнки. Мужъ больной извлекъ разложившійся плодъ. Впослѣдствіи образовалась желудочно-кишечная фистула живота, и больная умерла, черезъ 2 года послѣ зачатія, отъ истощенія, въ Бахметьевской больницѣ, въ селѣ Никольскомъ-Пестровкѣ.

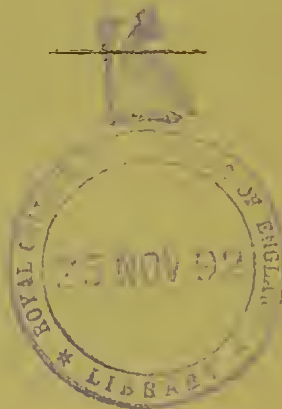
# ОГЛАВЛЕНІЕ

# ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Оперативное леченіе внѣматочной беременности значительно понизило процентъ смертности этого заболѣванія.
2. Отвергать существованіе яичниковой и первичной брюшной беременности невозможно въ виду несомнѣнныхъ случаевъ, описанныхъ въ литературѣ.
3. До сихъ поръ мало обращается вниманія на судебно-медицинское значеніе внѣматочной беременности.
4. Поврежденіе хрящей гортани при самоповѣшеніи встрѣчается нерѣдко.
5. При бугорчаткѣ легкихъ иногда вовсе не бываетъ кровохарканія, а однимъ изъ раннихъ признаковъ туберкулеза легкихъ иногда является аменорея.
6. Для уѣзднаго врача при производствѣ судебно-медицинскихъ вскрытій необходимо основательное знаніе макроскопической картины патологическихъ измѣненій органовъ, такъ какъ ему обыкновенно приходится обходиться безъ микроскопа.
7. Должность уѣзднаго врача не составляетъ анахронизма даже при существованіи земской медицины; только санитарно-административная дѣятельность уѣзднаго врача, къ сожалѣнію, находится въ слишкомъ большой зависимости отъ мѣстныхъ полицейскихъ управленій и зачастую игнорируется земствами.
8. Крайне желательно, чтобы земства обзавелись настоящими аптеками, удовлетворяющими правиламъ аптекарскаго уста-

ва, а не ограничивались практикующимися въ настоящее время выпискою врачебныхъ средствъ отъ дрогистовъ и раздачею сырыхъ или плохо приготовленныхъ (фельдшерами) средствъ, такъ какъ этимъ путемъ не приносится надлежащей врачебной пользы населенію и отнимается непроизводительно масса времени у врачей. А такъ какъ провинціальныя (уѣздныя) частныя аптеки не могутъ выдержать конкурренціи съ даровою раздачей лекарствъ, производимою почти повсемѣстно земствами, то пріобрѣтеніе подобныхъ „привилегированныхъ" частныхъ аптекъ обошлось бы земству недорого, принесло бы несомнѣнную пользу нуждающемуся въ правильной врачебной помощи населенію и выручило бы изъ бѣды частныхъ аптекарей, имущество которыхъ, при настоящемъ устройствѣ земской медицины, состоитъ буквально изъ одной лишь фиктивной „привилегіи".

9. Леченіе тифа холодными ваннами, какъ весьма мучительная мѣра, особенно для больныхъ, находящихся въ сознаніи, должно быть оставлено и, въ случаѣ надобности, замѣнено продолжительными теплыми, *постепенно* охлаждаемыми, ваннами.



# ПОПРАВКИ.

| | Стр. | | Строка. | | | Напечатано. — Должно быть. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| на | 5-й | стр. | 14 | строка | снизу | abundantiiam—abundantiam. |
| „ | 10-й | „ | 1 | „ | „ | №№ 406-454—№№ 406—456. |
| „ | 10-й | „ | 2 | „ | „ | 1856—1855. |
| „ | 12-й | „ | 3 | „ | сверху | промежутою—промежуточною. |
| „ | 14-й | „ | 11 | „ | „ | такъ какъ—потому что. |
| „ | 19-й | „ | 14 | „ | „ | Vuillet—Vulliet. |
| „ | 50-й | „ | 9 | „ | „ | эксвизитные—экскизитные. |
| „ | 74-й | „ | 10 | „ | „ | опредѣлился—опредѣлялся. |
| „ | 75-й | „ | 3 | „ | „ | ранняго разрыва—ранній разрывъ. |
| „ | 82-й | „ | 3 | „ | снизу | Parry—Parry pag. 51. |
| „ | 90-й | „ | 5 | „ | „ | отрѣзомъ—отрѣзкомъ. |
| „ | 90-й | „ | 15 | „ | „ | я лечилась—лечилась. |
| „ | 115-й | „ | 14 | „ | „ | 25 разъ—20 разъ. |
| „ | 120-й | „ | 18 | „ | „ | 1 разъ назадъ—2 раза назадъ. |
| „ | 120-й | „ | 19 | „ | „ | 3 раза внизъ—2 раза внизъ. |
| „ | 168-й | „ | 11 | „ | „ | 9 окончились—8 окончились. |
| „ | 168-й | „ | 13 | „ | „ | 20—19. |